Soziologie der Konventionen

Anna Gonon

Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit

Konventionen betrieblicher Arbeitsintegration am Beispiel psychisch erkrankter Beschäftigter





Soziologie der Konventionen

Reihe herausgegeben von

Rainer Diaz-Bone, Soziologisches Seminar, Universität Luzern, Luzern, Schweiz

Lisa Knoll, Allgemeine Soziologie, Universität Paderborn, Paderborn, Deutschland

Konventionen sind Koordinationslogiken, die in Situationen von kompetenten Akteuren pragmatisch ins Werk gesetzt werden. Die in Frankreich entstandene, transdisziplinäre Wissenschaftsbewegung der Konventionentheorie („Economie des conventions") hat sich seit einigen Jahren in den deutschsprachigen Sozialwissenschaften etabliert. War es anfangs die Rezeption durch die Wirtschaftssoziologie und die Sozioökonomik, die die Konventionentheorie prominent gemacht hat, so hat sich schnell gezeigt, dass der Ansatz ein deutlich breiteres Anwendungsspektrum hat wie Arbeit und Organisation, Erziehung und Bildung, Recht, Gesundheit und andere sozialwissenschaftliche Forschungsbereiche. Die Konventionentheorie liefert sowohl grundlegende Beiträge zur sozialwissenschaftlichen Theoriebildung sowie zur Methodologie im Spannungsfeld zwischen Pragmatismus und Strukturalismus also auch empirische Anwendungen und Forschungsbefunde in verschiedenen institutionellen Bereichen, so dass man von diesem Ansatz auch als von einem komplexem pragmatischen Institutionalismus sprechen kann. Um diese weite Perspektive auf die Konventionentheorie zum Ausdruck zu bringen hat sich in der deutschsprachigen konventionentheoretischen Forschung die Bezeichnung „Soziologie der Konventionen" etabliert – dabei wird „Soziologie" weit verstanden und nicht nur auf die Fachwissenschaft beschränkt. Die Transdisziplinarität dieses Ansatzes ermöglicht nicht nur die Vermittlung mit anderen institutionentheoretischen Ansätzen, sondern auch die gegenstandsbezogene Integration sozialwissenschaftlicher Forschung, die bislang in „Bindestrichdisziplinen" getrennt bleibt.
Die SPRINGER VS-Buchreihe „Soziologie der Konventionen" präsentiert aktuelle deutschsprachige Beiträge zu diesem transdisziplinären Feld. Es werden sowohl Monographien als auch thematisch fokussierte Herausgeberschaften publiziert.

Anna Gonon

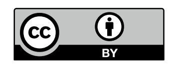
Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit

Konventionen betrieblicher Arbeitsintegration am Beispiel psychisch erkrankter Beschäftigter



Anna Gonon
Fachhochschule Nordwestschweiz
Olten, Schweiz

Dissertation der Universität St.Gallen, Hochschule für Wirtschafts-, Rechts- und Sozialwissenschaften, Internationale Beziehungen und Informatik (HSG) zur Erlangung der Würde einer Doktorin der Sozialwissenschaften



ISSN 2629-2416 ISSN 2629-2424 (electronic)
Soziologie der Konventionen
ISBN 978-3-658-41116-9 ISBN 978-3-658-41117-6 (eBook)
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41117-6

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Planung/Lektorat: Cori Antonia Mackrodt
Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Inhaltsübersicht

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
EC	Économie des Conventions (Soziologie der Konventionen)
HR	Human Resource Management (Personalmanagement)
IV	Schweizerische Invalidenversicherung
IVG	Schweizerisches Invalidenversicherungsgesetz
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
RTW	Return to work
SNF	Schweizerischer Nationalfonds

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis



1 Einleitung

1.1 Betriebliche Arbeitsintegration

> *„Freilich schuldet der Arbeitgeber seinem Angestellten jeder Vertragsgerechtigkeit nach nur seinen Lohn, er kann jedoch begreifen, dass es nur billig und auch in seinem Interesse ist, ihm Dienste zu erweisen, die keiner strikten Marktlogik gehorchen. […] [So] kann der Arbeiter aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls zeitweise seiner Überlebensfähigkeit beraubt sein, ohne dafür verantwortlich zu sein. Die Festsetzung des Lohnes folgt trotzdem den Gesetzen der politischen Ökonomie, welche auf diese Schwierigkeiten keine Rücksicht nehmen kann. In solchen Diensten kann das „soziale Engagement“ Form annehmen, ohne in Widerspruch zu den wirtschaftlichen Erfordernissen zu geraten. Die Wiederherstellung der Gesundheit […] und Beihilfen bei Arbeitsunfähigkeit, Arbeiterwitwen- und Waisenunterstützungen usw. können nach einer anderen Logik als der des Profits verteilt werden, ohne ihr deshalb zuwiderzulaufen. Derart macht sich der Patron zum Sachwalter der Sicherheit des Arbeiters, wozu dieser von sich aus außerstande wäre.“* (Robert Castel 2008, S. 224 f., Hervorhebung weggelassen)

Nach einer liberalen Konzeption beschränkt sich die Arbeitsbeziehung auf den Tausch von Lohn gegen Arbeitsleistung. Wie Robert Castel im einleitenden Zitat am Typus des „patronalen“ Arbeitgebers aus dem 19. Jahrhundert darlegt, kann eine Unterstützung von Beschäftigten in Notsituationen jedoch durchaus im Interesse eines Arbeitgebers liegen. Der „patronale Arbeitgeber“ bot seinen Beschäftigten diverse Sozialleistungen, darunter „Dienste“, die der „Wiederherstellung ihrer Gesundheit“ sowie der „Unterstützung in Notsituationen“ dienten. Auf diese Weise sollte die Pauperisierung der Arbeiterschaft verhindert, sowie ihre Disziplin und Sesshaftigkeit und damit die Verfügbarkeit ihrer Arbeitskraft längerfristig gesichert werden. Diese „Dienste“ durften aber nicht in einen „Widerspruch zu den wirtschaftlichen Erfordernissen“ treten oder der „Logik

A. Gonon, *Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit*, Soziologie der Konventionen,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41117-6_1

des Profits“ zuwiderlaufen. Instrumente zur sozialen Absicherung von erkrankten (oder sich in anderen Notsituationen befindenden) Beschäftigten wurden so gestaltet, dass sie mit der Wirtschaftlichkeit der Produktionsabläufe im Einklang standen. Mit dem System der Patronage gingen moralische Verpflichtungen für die Angestellten einher, etwa die Einhaltung eines bestimmten Lebenswandels. Nur wer sich an diese Erwartungen hielt, dem stand die Unterstützung des „patronalen Arbeitgebers“ zu.

Die vorliegende Studie befasst sich mit „Diensten“ für gesundheitlich eingeschränkte Angestellte in Unternehmen der Gegenwart. Sie fragt danach, wie diese gestaltet werden, wie sie im Kontext wirtschaftlicher Anforderungen legitimiert werden und welche (moralischen) Erwartungen an die Beschäftigten mit ihnen verknüpft sind.

Mit der sozialstaatlichen Absicherung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im 20. Jahrhundert verloren betriebliche Sozialleistungen und das System der Patronage zwar an Bedeutung. Soziale Absicherung im Falle gesundheitlicher Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit wurde als allgemeines Anrecht formuliert. Mit dem sozialpolitischen Paradigma der „Aktivierung“ wird seit den 1990er Jahren jedoch vermehrt eine Integration gesundheitlich eingeschränkter Menschen in den Arbeitsmarkt anstelle von materiellen Unterstützungsleistungen gefordert (Nadai et al. 2015, S. 34–37; Probst et al. 2015; Koch 2016).[1] Damit gewinnt die Arbeitsintegration in Unternehmen an Bedeutung.

In den vergangenen Jahrzehnten sind zudem auf betrieblicher Seite neue Initiativen entstanden, die darauf abzielen, erkrankten Beschäftigten die Rückkehr an ihren Arbeitsplatz zu erleichtern oder gesundheitlich eingeschränkten Erwerbslosen den Wiedereinstieg in die Erwerbsarbeit zu ermöglichen. Diese werden mit der Idee sozialer Verantwortung begründet (Nadai et al. 2019; Kuznetsova und Yalcin 2017), stehen aber gleichzeitig unter dem Vorzeichen eines ökonomischen Nutzens für die Unternehmen (Shamir 2008; Hiß 2009; Brejning 2012; Lohmeyer 2017). In der Schweiz, auf deren staatlichen Kontext diese Studie fokussiert, sind diese Initiativen in der Regel in einem so genannten betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) verankert.[2] Gesundheitsmanagement-Programme wurden in

---

[1] Die als „aktivierend“ klassifizierte Sozialpolitik wurde in den Sozialwissenschaften kritisch analysiert, u. a. weil mit dem stärkeren Fokus auf Arbeitsintegration der Abbau materieller Transferleistungen einherging (Betzelt und Bothfeld 2011; Dingeldey 2011; Bonoli 2013; Bonvin 2017).

[2] Im Unterschied zu anderen Ländern gibt es in der Schweiz keine gesetzliche Grundlage zur Durchführung betrieblicher Wiedereingliederungsmaßnahmen, wie zum Beispiel das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) in Deutschland. Darüber hinaus existiert weder eine gesetzliche Quote, die die Beschäftigung eines gewissen Prozentsatzes von

Schweizer Unternehmen ab den 1990er Jahren eingeführt (Buri-Moser 2013, S. 19) und sind heute vor allem in Großunternehmen implementiert und verbreitet (Füllemann et al. 2017). In der vorliegenden Studie verwende ich den Begriff der *betrieblichen Arbeitsintegration* für die Aktivitäten von Unternehmen zur (Wieder-)Eingliederung von gesundheitlich eingeschränkten Arbeitskräften in die Erwerbsarbeit.

1.2 Gesellschaftliche Inklusion und das Paradox der Erwerbsarbeit

Die gleichberechtigte Beteiligung gesundheitlich eingeschränkter Menschen am Erwerbsleben ist ein gesellschaftspolitisches Ziel, das viele Staaten mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention anerkennen.[3] Im Sinne einer verstärkten sozialen Teilhabe wurde die Integration in den Arbeitsmarkt nicht nur in der Sozialpolitik, sondern auch von den sozialen Bewegungen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen eingefordert (Maschke 2004, S. 400). Erwerbsarbeit spielt für die gesellschaftliche Inklusion jedoch eine paradoxe Rolle. In einer Gesellschaft, die der Erwerbsarbeit nach wie vor einen zentralen Stellenwert beimisst, ist sie eine Grundlage für die soziale Teilhabe. Indem der Zugang zu Erwerbsarbeit selektiv gestaltet wird, ist sie aber zugleich ein Mechanismus der Exklusion (Wansing 2007).

Im Zuge der jüngeren Entwicklungen der Arbeitswelt, die als Flexibilisierung, Deregulierung und Vermarktlichung der Erwerbsarbeit charakterisiert wurden (Boltanski und Chiapello 2003; Pongratz und Voß 2003; Sauer 2010; Castel 2011; Schultheis 2013a, b), hat sich der Zugang zu Erwerbsmöglichkeiten für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen teilweise noch erschwert. Das politische Ziel einer verstärkten Erwerbsbeteiligung impliziert somit die Erwartung, sich in eine Arbeitswelt einzugliedern, deren Bewertungs- und Selektionsprinzipien, Arbeitsbedingungen, Produktivitätsanforderungen und Beschäftigungsformen die

Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen vorschreibt, noch ein Gesetz, das die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Arbeit verbietet.

[3] Artikel 27 der UN-Behindertenrechtskonvention spricht Menschen mit Behinderungen „das gleiche Recht auf Arbeit“ zu. Dies beinhaltet u. a. „die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird.“ https://www.behindertenrechtskonvention.info/uebereinkommen-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinderungen-3101/#27-artikel-27---arbeit-und-besch%C3%A4ftigung [22.08.2022].

Beschäftigung unsicherer und selektiver werden lassen und so der gesellschaftlichen Teilhabe entgegenwirken.

Auch wenn Arbeitsmarktinklusion bzw. -integration[4] gesellschafts- und sozialpolitische Ziele darstellen, können sie durch die staatliche Politik nur begrenzt beeinflusst werden. Die Möglichkeiten und Bedingungen der Arbeitsmarktinklusion werden nämlich wesentlich *in* und *durch* Unternehmen hergestellt: Diese regulieren den *Zugang* zu Erwerbsarbeit, geben *Beschäftigungsbedingungen* vor, *organisieren Arbeit* und *bewerten Arbeitsleistungen.* Zudem liegt es in ihrer Entscheidung, auf welche betrieblichen Sozialleistungen und unterstützenden Maßnahmen Beschäftigte mit gesundheitlichen Einschränkungen zählen können. Die vorliegende Studie untersucht somit am Beispiel des Umgangs mit gesundheitlich eingeschränkten Beschäftigten auch, wie die Bedingungen für Arbeitsmarktinklusion – also die für die gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsprozess relevanten Voraussetzungen – in und durch Unternehmen gestaltet werden. Beleuchtet wird dabei einerseits die Rolle von betrieblichen Einrichtungen und Instrumenten, die gezielt im Hinblick auf den Umgang mit gesundheitlich eingeschränkten Beschäftigten eingeführt wurden, wie das betriebliche Gesundheitsmanagement. Andererseits nimmt die Studie auch andere betriebliche Praktiken, Dispositive und Prinzipien der Arbeitsorganisation in den Blick, die einen Einfluss auf die Teilhabemöglichkeiten gesundheitlich eingeschränkter Menschen haben.

1.3 Das Beispiel psychisch erkrankter Beschäftigter

Psychische Erkrankungen wurden in den vergangenen Jahrzehnten im sozialpolitischen Diskurs, aber auch in der sozialwissenschaftlichen Forschung als zunehmende Ursache für Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit thematisiert und problematisiert. Vor diesem Hintergrund fokussiert die Studie auf den betrieblichen Umgang mit *psychischen Erkrankungen.* Psychische Erkrankungen werden aber nicht als neurologisch-physiologische, in medizinischen bzw. psychiatrischen

[4] Integration als gesellschaftspolitischer *Leitbegriff* wurde, wie Heinz Bude (2015, S. 40) anmerkt, von demjenigen der Inklusion abgelöst. Während Integration die „Einpassung in einen Rahmen und die Ausrichtung auf einen Wert“ bedeutet, steht Inklusion für die „Aushandlung in einem Kontext und Verständigung über Prinzipien“. Bei der Integration werden den Individuen fix definierte Rollen und Plätze zugemutet, während die Inklusion eine Anpassung der Rollen und Plätze an die Individuen ermöglichen soll. In der vorliegenden Studie wird der Begriff der Inklusion dann verwendet, wenn es sich um das gesellschaftspolitische *Ideal* der gleichberechtigten Teilhabe am Erwerbsleben handelt. Um den idealen Charakter des Inklusionsbegriffs hervorzuheben, bleibe ich in Bezug auf die konkreten Strukturen und Praktiken beim Begriff der Integration.

Begrifflichkeiten zu erfassende Gegebenheiten in den Blick genommen, sondern als gesellschaftlich zugeschriebene „Differenzierungskategorien“ (Waldschmidt 2014, S. 177). Im Vordergrund des Interesses steht somit nicht der medizinische Befund, sondern die Zuschreibung einer Andersartigkeit, die sich auf die soziale Positionierung der Betroffenen und das Handeln von Akteurinnen[5] auswirkt. Es geht, in anderen Worten, um die mit der sozialen Klassifikation als psychisch erkrankte Person verbundenen Interpretationen und Handlungen der Akteure in der betrieblichen Arbeitsintegration in Unternehmen.

Laut einem Bericht der OECD (2012, S. 29) stellen psychische Erkrankungen eine „rapidly growing cause of inactivity and labour market exclusion“ dar. Zum einen weisen Personen, die an psychischen Erkrankungen leiden, eine tiefere Erwerbsbeteiligung und tiefere Einkommen auf als Menschen ohne gesundheitliche Einschränkungen. Zum anderen wird oft auf die markante Zunahme psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit hingewiesen, die in den letzten Jahrzehnten in fast allen OECD-Ländern zu verzeichnen war (OECD 2012, 2014). Eine solche Entwicklung zeigte sich auch in der Schweiz am steigenden Anteil psychischer Krankheiten als Ursachen für Neuverrentungen in der Invalidenversicherung (IV): betrug der Anteil im Jahr 1990 34 %, lag er 1999 bei 39 % (Prins und Heijdel 2004) und 2019 bei rund 50 % (Obsan 2021). Ob diesem Anstieg eine tatsächliche Zunahme psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung entspricht, ist umstritten. Nach Niklas Baer et al. (2011, S. IX) ist keine erhöhte Prävalenz psychischer Krankheiten festzustellen. Vielmehr sei der Anstieg u. a. auf vermehrte „gesellschaftliche Ausschlussprozesse“ und wirtschaftliche Veränderungen zurückzuführen. Dies könnte auf verstärkte Teilhabebarrieren in der Erwerbsarbeit, wie z. B. selektivere Bewertungskriterien in Unternehmen hindeuten, die dazu führen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen der Wiedereinstieg in die Arbeit schwerer fällt, was in einer anhaltenden Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit resultieren kann.

Krankheiten, die als „psychisch“ klassifiziert werden, sind nach wie vor einer besonderen Stigmatisierung ausgesetzt (Krupa et al. 2009; Follmer und Jones 2018). Wie die Analysen von Ferreira et al. (2008) sowie Ferreira (2015) exemplarisch zeigen, zeugt allein schon die in der Diskussion gängige Zusammenfassung von verschiedenen Krankheitsbildern zur undifferenzierten Kategorie der „psychisch Erkrankten“ von einer Pauschalisierung und kann damit einer vorurteilsbehafteten, diskreditierenden Sichtweise auf die betroffenen Krankheitsbilder

[5] Um die ausgewogene Repräsentation der Geschlechter im Text zu gewährleisten, wechsle ich da, wo keine passende neutrale Form zur Verfügung steht, zwischen männlichen und weiblichen Formen hin und her. Falls damit explizit nur Männer oder Frauen gemeint sind, weise ich speziell darauf hin.

Vorschub leisten. Wenn die pauschale Kategorie der „psychisch Erkrankten“ in dieser Studie aufgegriffen wird, soll nicht unterstellt werden, dass zwischen einzelnen als „psychisch“ geltenden Krankheitsbildern keine Unterschiede bestehen. Die Studie übernimmt vielmehr den Standpunkt der Akteurinnen der betrieblichen Arbeitsintegration, um die Bedeutung nachzuvollziehen, die die Kategorisierung als „psychische Krankheit“ für ihre Handlungspraxis hat.

Erforscht werden sollen also die spezifischen Handlungsprobleme, die die Zuschreibung einer stigmatisierten Krankheitskategorie für die Betroffenen und deren soziales Umfeld mit sich bringt. Im empirischen Teil der Studie wird die These dargelegt, dass eine wesentliche Herausforderung, die sich im Zuge der Wiedereingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter stellt, in den Rechtfertigungsproblemen liegt, deren Bewältigung, wie das titelgebende Konzept dieser Studie zum Ausdruck bringt, *Rechtfertigungsarbeit* erforderlich macht.

1.4 Forschungsdesiderate und Fragestellung

Zur Arbeitsmarktintegration psychisch Erkrankter gibt es eine umfangreiche sozialwissenschaftliche Forschungsliteratur. Diese zeichnet sich durch einen primären Fokus auf individuelle Faktoren aus, wie z. B. medizinische und persönliche Eigenschaften der Betroffenen oder fehlende Kompetenzen und mangelndes Wissen von Führungskräften. Ein Integrationshindernis liegt gemäß Forschungsstand darin, dass Vorgesetzte und Personalverantwortliche psychische Krankheiten nicht als solche erkennen und deshalb keine Bemühungen zum Erhalt der Anstellung unternehmen, sondern zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses tendieren (Nelson und Kim 2011; Baer et al. 2011; Stocker et al. 2015). Festgestellt wird zudem eine generelle Inkompetenz von Führungskräften, mit psychisch erkrankten Beschäftigten umzugehen (Sainsbury et al. 2008; Freigang-Bauer und Gröben 2011). Außerdem liegen Forschungsergebnisse zur Umsetzung von Integrationsmaßnahmen vor. So werden Aktivitäten zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und der Arbeitsstelle der Betroffenen laut Forschungsbefunden oftmals zu spät in Angriff genommen (OECD 2012, S. 166; Vater und Niehaus 2014).

Wie ich in dieser Studie ausführe, ist die Forschung zur betrieblichen Arbeitsintegration psychisch Erkrankter durch eine individualisierende Betrachtungsweise sowie einen einseitigen Fokus auf die Strukturen des Eingliederungsmanagements gekennzeichnet. Konkret werde ich auf drei blinde Flecken eingehen: Wenig beleuchtet wurde *erstens,* dass sich die Bedingungen für einen Wiedereinstieg am Arbeitsplatz nicht nur aus den formalen Strukturen des Eingliederungs- und Gesundheitsmanagements ergeben, sondern auch aus *informellen alltäglichen*

Interaktionen oder *organisationalen Routinen* im Betrieb, die nicht im engeren Sinn im Rahmen des Eingliederungsmanagements stattfinden (Hergesell und Albrecht 2021). Etwa können sich bei der Wiedereingliederung nach einer psychischen Erkrankung Konflikte zeigen, die zu bewältigen sind (Windscheid 2019a, b), zudem müssen Bedürfnisse und Gerechtigkeitserwartungen von Arbeitskollegen berücksichtigt werden, die eine wichtige Rolle für die Reintegration spielen (Colella 2001; Colella et al. 2004).

Als *zweiter* blinder Fleck ist die Ausblendung des *wirtschaftlichen Kontexts* zu benennen, in dem die betriebliche Wiedereingliederung stattfindet. Die Exklusion von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen aus dem Arbeitsmarkt hängt, wie Marta Russell (2010) argumentiert, nicht nur von den „irrationalen" negativen Einstellungen und diskriminierenden Haltungen von Arbeitgebern ab, auf die etwa Antidiskriminierungsgesetze in den USA oder Großbritannien abzielen. Vielmehr kann die Beschäftigung gesundheitlich eingeschränkter Menschen auch an strukturellen Barrieren scheitern, die auf „rationale" Unternehmenspraktiken und ökonomische Organisationsprinzipien zurückzuführen sind. Entscheidungen über die Reintegration und weitere Beschäftigung erkrankter Mitarbeitender erfolgen vor dem Hintergrund betriebswirtschaftlicher Kalküle und organisationaler Logiken. Sie können nicht losgelöst betrachtet werden von den generellen *Entscheidungsprinzipien über den Einsatz von Arbeitskräften,* von den *Kriterien der Leistungsbewertung* und den *Strategien zum Erreichen von Produktivitätszielen.* Um die sozialen und ökonomischen Logiken der Arbeitsintegration in Unternehmen zu verstehen, bedarf es daher einer analytischen Perspektive, die die betrieblichen Rationalitäten der Beschäftigung mitberücksichtigt.

Eng verbunden mit dem zweiten ist ein *dritter* blinder Fleck: vernachlässigt wird in der Arbeitsintegrationsforschung die Bedeutung *betrieblicher Praktiken und Prinzipien der Organisation von Arbeit*. Die soziologische Forschung nimmt die Arbeitsorganisation vor allem als Faktor in den Blick, der psychische Belastungen verursacht und damit für das *Entstehen* psychischer Krankheiten verantwortlich ist (Haubl et al. 2013; Schmiede 2011; Voß und Weiss 2013; Tausig und Fenwick 2011). Seltener wird berücksichtigt, dass die Bedingungen der Arbeitsorganisation einen Einfluss darauf haben, ob man nach bzw. während einer psychischen Erkrankung weiterhin an seiner Arbeitsstelle tätig bleiben kann. So gibt es Hinweise darauf, dass die Teilhabe an der Erwerbsarbeit durch Arbeitsintensivierung und geringere Gestaltungsspielräume für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen schwieriger geworden ist (Foster und Wass 2013; Baumberg 2014).

Diesen Überlegungen entsprechend geht die Studie davon aus, dass die Rahmenbedingungen für Arbeitsmarktinklusion a) von alltäglichen Interaktionen und

Aushandlungen in Betrieben und b) betrieblichen Praktiken und Prinzipien des Personaleinsatzes, sowie c) der Organisation von Arbeit abhängen. Sie stellt die Frage nach der betrieblichen Arbeitsintegration psychisch erkrankter Beschäftigter deshalb als *Frage nach der kollektiven Deutung, Aushandlung und Koordination von Wiedereingliederungsprozessen* sowie nach den *Kriterien und Begründungsmustern* in Entscheidungen über die weitere Beschäftigung. Im Fokus steht zudem, welche Bedeutung unterschiedlichen Formen der Arbeitsorganisation dabei zukommt.[6]

1.5 Theoretischer Rahmen und methodisches Vorgehen

Die Studie greift auf die Soziologie der Konventionen als theoretischen Rahmen zurück. Dabei handelt es sich um einen wirtschaftssoziologischen Ansatz (Diaz-Bone 2018), der auch in der Organisationssoziologie Anwendung findet (Knoll 2015, 2020) und der dem Handeln, der Interaktion und den Interpretationsleistungen der Akteure besondere Aufmerksamkeit schenkt. Die Soziologie der Konventionen bietet nach Rainer Diaz-Bone und Laurent Thévenot (2010, Abs. 9) ein „vollständiges Paradigma für die soziologische und sozioökonomische Analyse sozialer Institutionen, der Sozio-Kognition, der Handlung, Interaktion und Koordination sowie der sozialen Konstruktion von Sachverhalten/Entitäten und ihrer Qualitäten". Da die Studie nach kollektiven Deutungen und Aushandlungen in Wiedereingliederungsprozessen, sowie nach Begründungsmustern in Beschäftigungsentscheidungen fragt, ist ein theoretischer Ansatz erforderlich, der die Deutungen und die Prozesse der gegenseitigen Abstimmung der Akteurinnen in Aushandlungssituationen sichtbar macht. Gegenüber dem Symbolischen Interaktionismus oder der Ethnomethodologie bietet die Soziologie der Konventionen den Vorteil, dass sie über eine Interaktionssituation, eine soziale Gruppe oder Arena hinausgehende Interpretationsrahmen, sowie deren Verankerung in der institutionellen Struktur der jeweiligen Situation berücksichtigt. Dies erlaubt es in der vorliegenden Studie, die Bedeutung, der Arbeitsorganisation oder anderer organisationaler oder gesetzlicher Rahmenbedingungen für

[6] Die Studie beschränkt sich damit auf die Wiedereingliederung bestehender Mitarbeitender in Unternehmen und klammert das Thema der Neuanstellung aus. Letztere kann entweder im Zusammenhang mit sozialstaatlichen Stellenvermittlungsprogrammen erfolgen (Nadai et al. 2019) oder aber infolge einer regulären Bewerbung, wobei im letzteren Fall anzunehmen ist, dass die psychischen Gesundheitsprobleme von den Betroffenen oftmals nicht offengelegt werden. Beide Fälle würden aufgrund ihrer Spezifik ein angepasstes Forschungsdesign erfordern, welches den Rahmen der vorliegenden Untersuchung gesprengt hätte.

die Prozesse der Deutung und Aushandlung von Wiedereingliederungs- und Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten zu beleuchten.

Geeignet für den Gegenstand der betrieblichen Arbeitsintegration ist die Soziologie der Konventionen zudem aufgrund ihrer Prämisse einer Pluralität an Rationalitäten und Wertigkeiten im wirtschaftlichen Handeln, wodurch Beschäftigungsentscheidungen *nicht* auf das Problem bloßer Kosten-Nutzen-Kalkulationen reduziert werden. Mit diesem theoretischen Rahmen lassen sich die Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung gesundheitlich eingeschränkter Arbeitskräfte als betriebliches Koordinationsproblem analysieren, in dem eine Vielzahl an Deutungsrahmen, Begründungsmustern und Wertigkeitsordnungen eine Rolle spielen können.

Für die Frage nach der Arbeitsintegration *psychisch* Erkrankter erweist sich darüber hinaus das Modell der Rechtfertigungsordnungen als relevant, das von Luc Boltanski und Laurent Thévenot im Werk „Über die Rechtfertigung" (2007[1991]) formuliert wurde – einem Grundlagentext der Soziologie der Konventionen. Wie bei anderen stigmatisierten Erkrankungen ist die Reintegration psychisch erkrankter Beschäftigter in besonderem Maß kritikanfällig (Colella 2001). Das Modell der Rechtfertigungsordnungen bietet ein theoretisches Werkzeug, um Rechtfertigungsprobleme als Teil der betrieblichen Koordination der Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung zu analysieren und das in dieser Studie anhand empirischer Analysen entwickelte Konzept der Rechtfertigungsarbeit theoretisch zu schärfen.

Die Fragestellung wird auf der Grundlage einer qualitativen empirischen Untersuchung in drei Großunternehmen in der Schweiz beantwortet[7]: zwei Versicherungsunternehmen und ein industrieller Betrieb.[8] Das Datenmaterial besteht aus 31 Interviews mit verschiedenen betrieblichen Akteurinnen und Akteuren: Beschäftigte, die aufgrund eines psychischen Gesundheitsproblems beim betrieblichen Gesundheitsmanagement gemeldet waren, Vorgesetzte, Personalverantwortliche, sowie Verantwortliche des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die

---

[7] Die Ergebnisse der Studie sind insofern nicht uneingeschränkt auf kleinere und mittelgroße Unternehmen übertragbar, die über weniger ausdifferenzierte Strukturen im Umgang mit gesundheitlich eingeschränkten Beschäftigten verfügen und dafür weniger personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung haben.

[8] Das Konzept zur vorliegende Dissertationsstudie entstand während meiner Mitarbeit an dem vom Schweizerischen Nationalfonds finanzierten Forschungsprojekt (Nr. 153638) „Berufliche Eingliederung zwischen Invalidenversicherung und Wirtschaft". Das soziologische Teilprojekt wurde von Prof. Dr. Eva Nadai (Hochschule für Soziale Arbeit FHNW) geleitet (vgl. Nadai et al. 2018; Nadai et al. 2019; Gonon und Rotzetter 2017). Acht der 31 Interviews, die die Datenbasis der vorliegenden Studie bilden, habe ich im Rahmen dieses SNF-Projekts geführt.

Datenerhebung zu Fällen von betroffenen Beschäftigten erfolgte nach Möglichkeit multiperspektivisch, d. h. es wurden Vorgesetzte und Personalverantwortliche der interviewten Betroffenen befragt. Die dadurch hervortretenden Konvergenzen bzw. Divergenzen zwischen den Interpretationen sind aufschlussreich in Bezug auf den Prozess der kollektiven Deutung und Aushandlung von Wiedereingliederungsmöglichkeiten. Außerdem konnte ich bei verschiedenen Anlässen (Sitzungen, Führungskräfteschulungen) teilnehmend beobachten. Darüber hinaus habe ich betriebliche Dokumente zum Gesundheitsmanagement und weiteren Personalverfahren gesammelt und analysiert. Methodisch richtet sich die Studie nach den Prinzipien der Grounded Theory (Strauss und Corbin 1996) und der Situationsanalyse (Clarke 2005).

1.6 Aufbau der Studie

Die Studie ist wie folgt aufgebaut: Teil I dient der Herausarbeitung des Forschungsgegenstands und der Darlegung der Methodologie und des methodischen Vorgehens. In Kap. 2 führe ich in das Thema der betrieblichen Wiedereingliederung psychisch Erkrankter ein. Nach dem sozialpolitischen Hintergrund (Abschn. 2.1) erläutere ich, wie das Inklusionspotential der Erwerbsarbeit in den Disability Studies und der Arbeitssoziologie über variierende Formen der gesellschaftlichen Organisation von Arbeit erklärt wird (Abschn. 2.2). Anschließend diskutiere ich den Forschungsstand zur betrieblichen Arbeitsintegration psychisch erkrankter Beschäftigter (Abschn. 2.3) und leite die Fragestellung der Studie her (Abschn. 2.4).

In Kap. 3 führe ich die Soziologie der Konventionen als theoretischen Rahmen ein. Ich erläutere den Konventionenbegriff (Abschn. 3.1), sowie weitere Grundbegriffe (Abschn. 3.2) und gehe auf das Modell der Rechtfertigungsordnungen ein (Abschn. 3.3). Zudem präsentiere ich Anwendungen auf das Feld der beruflichen Eingliederung (Abschn. 3.4) und schließe mit einer Präzisierung des Forschungsgegenstands in den Begriffen der Theorie (Abschn. 3.5).

In Kap. 4 lege ich das Vorgehen der empirischen Untersuchung dar. Ich beginne mit methodologischen Überlegungen (Abschn. 4.1) und führe dann die Grounded Theory und die Situationsanalyse ein (Abschn. 4.2). Ich präsentiere das Forschungsfeld (Abschn. 4.3), die Datenerhebung (Abschn. 4.4), gehe auf forschungsethische Fragen ein (Kap. 4.5) und lege das Vorgehen bei der Datenanalyse dar (Abschn. 4.6).

Darauf folgt Teil II mit der Darstellung der empirischen Ergebnisse. Kap. 5 entfaltet ausgehend von einer Fallanalyse (Abschn. 5.1) eine Übersicht über

die verschiedenen Phasen der Etablierung von Deutungen und Wiedereingliederungsperspektiven: die Problematisierung von Symptomen und Diagnosen (Abschn. 5.2), die Entwicklung von Interpretationen (Abschn. 5.3) und die Aushandlung der Bedingungen des Wiedereinstiegs (Abschn. 5.4).

Kap. 6 befasst sich mit den Rechtfertigungsproblemen, die sich im Rahmen der Wiedereingliederung stellen und führt das Konzept der Rechtfertigungsarbeit ein. Das Kapitel ist nach den Begründungsmustern von Wiedereingliederungsentscheidungen gegliedert: Verhalten (Abschn. 6.1) und Leistung (Abschn. 6.2).

In Kap. 7 gehe ich auf die Bedeutung der Arbeitsorganisation für die betriebliche Wiedereingliederung ein. Ich stelle die Tätigkeiten vor, in denen die Interviewten beschäftigt sind (Abschn. 7.1), präsentiere die beobachteten Strategien der Wiedereingliederung (Abschn. 7.2) und setze die Ergebnisse in Bezug zu arbeitssoziologischen Zeitdiagnosen (Abschn. 7.3).

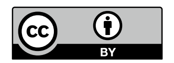
In Kap. 8 thematisiere ich ausgehend von einer weiteren Fallanalyse (Abschn. 8.1) ein Phänomen, das in zwei der untersuchten Unternehmen zu beobachten war: auch Beschäftigte, die nicht ärztlich krankgeschrieben waren, wurden im betrieblichen Gesundheitsmanagement als Fälle „psychischer" Gesundheitsprobleme begleitet (Abschn. 8.2).

Kap. 9 beschreibt die Herausforderung, zwischen psychischen Gesundheitsproblemen und anderen Problemfällen des Personalmanagements zu unterscheiden (Abschn. 9.1) und diskutiert ausgehend davon einige Widersprüche des Personalmanagements (Abschn. 9.2).

Zuletzt gehe ich in Kap. 10 darauf ein, dass eine psychische Erkrankung Anlass sein kann, Kritik zu üben (Abschn. 10.1). Eine Kritik, die eine gesundheitsverträglichere Gestaltung von Arbeitsplätzen als allgemeines Anrecht einfordert, kommt in den Unternehmen jedoch kaum vor (Abschn. 10.2).

Teil III dient der Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse der empirischen Analysen. In Kap. 11 setze ich diese systematisch zu Konzepten der Soziologie der Konventionen in Beziehung. In Kap. 12 formuliere ich allgemeine Schlussfolgerungen.

Der Fokus der Studie liegt auf der betrieblichen Arbeitsintegration psychisch Erkrankter in Unternehmen in der Schweiz. In der Darstellung des Forschungsstandes beziehe ich mich auf internationale Literatur, sofern davon ausgegangen werden kann, dass sich deren Ergebnisse auf den Kontext der Schweiz übertragen lassen. Umgekehrt gehe ich davon aus, dass die Ergebnisse dieser Studie eine Verallgemeinerbarkeit über die Schweiz hinaus besitzen, insoweit die untersuchten Formen der Unternehmens- und Arbeitsorganisation auch in anderen westlichen, kapitalistischen Industriestaaten verbreitet sind. Auf Besonderheiten, die für den Schweizer Kontext gelten, weise ich gezielt hin.


BY

Teil I

FORSCHUNGSGEGENSTAND UND METHODOLOGIE



2 Betriebliche Arbeitsintegration psychisch Erkrankter

Mit der Ausweitung des sozialpolitischen Paradigmas der „Aktvierung“ auf die Behindertenpolitik sind auch Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen vermehrt dazu aufgefordert, ihren Lebensunterhalt durch die Partizipation am Arbeitsmarkt unabhängig von finanziellen sozialstaatlichen Unterstützungsleistungen zu bestreiten. Zumindest hypothetisch wird damit den Unternehmen eine stärkere Verantwortung zugewiesen, die Arbeitsorganisation, Arbeitsplätze und -bedingungen so zu gestalten, dass Arbeitsstellen auch für Menschen mit psychisch bedingten Beeinträchtigungen der Gesundheit zugänglich sind. Verbindliche Auflagen für Unternehmen sind in dieser Hinsicht jedoch schwach bzw. in der Schweiz fast inexistent.

Unternehmen spielen für die Arbeitsmarktinklusion bzw. -exklusion gesundheitlich eingeschränkter Menschen eine zentrale Rolle: sie regulieren den Zugang zu Beschäftigung und bestimmen über Arbeitsabläufe, Arbeitsinhalte und geben in der Regel Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen vor. Nach einer kurzen Diskussion des sozialpolitischen Hintergrunds (Abschn. 2.1) präsentiere ich in Abschn. 2.2 Thesen und Forschungsbefunde aus den Disability Studies und der Arbeitssoziologie, die sich mit dem Zusammenhang von Arbeitsorganisation und dem Potential zur Inklusion gesundheitlich eingeschränkter Arbeitskräfte befassen. Damit soll die grundlegende Perspektive verdeutlicht werden, an die die vorliegende Studie anschließt: die Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen der betrieblichen Arbeitsintegration sollen im Kontext der sozialen Praktiken und Formen der Organisation und Bewertung von Arbeit in Unternehmen analysiert werden.

Im Anschluss gehe ich konkreter auf den Forschungsstand zur betrieblichen Wiedereingliederung *psychisch erkrankter Beschäftigter* ein (Abschn. 2.3) und leite daraus das Erkenntnisinteresse der Studie her (Abschn. 2.4). Ich beziehe mich in der Darstellung auf internationale Forschungsliteratur und gehe punktuell

A. Gonon, *Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit*, Soziologie der Konventionen,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41117-6_2

auf die nationalstaatlichen Besonderheiten der Schweiz ein, auf der der Fokus der Studie liegt.

2.1 Sozialpolitischer Hintergrund

Arbeit ist mit Robert Castel (2011, S. 37) gesprochen das „Epizentrum der sozialen Frage“. Ein „festes Arbeitsverhältnis in Form einer Anstellung“ bildet „die Grundvoraussetzung gesellschaftlicher Integration“. Die Unfähigkeit, durch Arbeit für die eigene Existenzsicherung aufzukommen, ist nach Castel (2008, S. 27) das grundlegende Kriterium, über das ein Anspruch auf Sozialfürsorge historisch begründet wurde. Als die besten „Passierscheine“, um „in den Genuss von Fürsorge zu kommen“, galten stets „möglichst sichtbare“ und „für den Blick möglichst unerträgliche Gebrechen“ (ebd., S. 45; vgl. Nadai et al. 2015, S. 36). Wo die Grenze zwischen Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit verläuft, ist indes wandelbar und unterliegt Prozessen der sozialen Konstruktion (Seing et al. 2012; Probst et al. 2015; Koch 2016). Zudem wandeln sich die Definitionen von Fürsorge. War die sozialstaatliche Unterstützung gesundheitlich eingeschränkter Personen in Form von finanziellen Transferleistungen lange unbestritten, wurde sie ab den 1990er Jahren zunehmend in Frage gestellt.

Karl Polanyi (1978[1944]) analysierte die mit der Industrialisierung erfolgte Herauslösung der Arbeit aus der Lebenswelt des Haushalts als eine Aufhebung der gesellschaftlichen Einbettung der Wirtschaft. Durch sie wurde Arbeit den Gesetzen des Marktes unterworfen und zur „fiktiven Ware“. Dies setzte Arbeitskräfte einer persönlich nicht zu bewältigenden Unsicherheit aus. Vor diesem Hintergrund interpretierte Polanyi die Entwicklung des Wohlfahrtsstaats als „Selbstschutzbewegung“ der Gesellschaft (Deutschmann 2007, S. 85). Indem der Sozialstaat eine soziale Absicherung von Risiken wie Alter, Unfall, Krankheit oder Erwerbslosigkeit bietet, bewerkstelligt er im politisch kontrollierten Rahmen eine Dekommodifizierung der Arbeit (Esping-Andersen 1990; Offe 1984)[1].

Jacques Donzelot (1994[1984)] prägte in diesem Zusammenhang die Idee der „Erfindung des Sozialen“, das durch den Sozialstaat repräsentiert wird. Das Soziale ist als eine „symbolische und materiale Konstruktion einer öffentlich-rechtlichen Verantwortlichkeit ‚der Gesellschaft‘ für ihre Mitglieder“ zu verstehen (Lessenich 2008, S. 16). Damit ging nach Stephan Lessenich eine fundamentale

[1] Wie Offe (1984, S. 93 ff.) betont, trug die staatliche Sozialpolitik aber zugleich zur *Kommodifizierung* von Arbeit bei, indem sie den Zugang von Arbeitskräften zum Arbeitsmarkt beförderte.

Umgestaltung des Verhältnisses zwischen den Einzelnen und der gesellschaftlichen Allgemeinheit einher. Hatte sich das „Soziale" bis im 19. Jahrhundert als „Verhältnis von Herrschenden und Beherrschten" ausgestaltet, das in den nicht-staatlichen Unterstützungsleistungen der christlichen Philanthropie und des unternehmerischen Paternalismus zum Tragen kam (Castel 2011, S. 158), wurde es neu als Verhältnis zwischen der staatlich repräsentierten Gesamtheit und den einzelnen Bürgerinnen aufgefasst. Während Ersteres als freiwillige Fürsorgeleistung in Erscheinung trat, basierte Letzteres auf dem Prinzip der kollektiven sozialen Absicherung. Die Unsicherheit der Einzelexistenz wurde damit als überindividuell auftretendes, kollektiv zu bewältigendes Risiko aufgefasst.

Mit der als „aktivierungspolitische Wende" (Streckeisen 2012) analysierten, tiefgreifenden sozialpolitischen Transformation zeichnet sich nach Lessenich (2008) wiederum eine „Neuerfindung" des Sozialen ab: Dieser liegt die Sichtweise zugrunde, dass bedingungslose sozialstaatliche Unterstützungsleistungen die Handlungsmöglichkeiten der Empfängerinnen nicht erweitern, sondern sie, im Gegenteil, in Passivität und Abhängigkeit führen. Demgegenüber zielt die aktivierende Sozialpolitik nach dem Motto des „Förderns und Forderns" auf eine Stärkung der individuellen Initiative und Eigenverantwortung.[2] Mit der Forderung nach mehr Eigenverantwortung (Marquardsen 2007) ging die Fokussierung auf eine umfassendere Integration der Bevölkerung in den Arbeitsmarkt einher: anstatt der abhängig machenden Sozialtransfers sollten Empfänger sozialstaatlicher Leistungen dazu ermächtigt werden, ihren Lebensunterhalt durch Erwerbsarbeit so weit wie möglich eigenständig zu bestreiten. Aktivierung bedeutet damit eine „Neujustierung von privaten und öffentlichen Bürgerrechten und -pflichten", sowie die „Reformulierung gesellschaftlicher Leistungs- und Produktivitätserwartungen" (Lessenich 2008, S. 17).

Konkret zeigte sich die aktivierungspolitische Wende in der schweizerischen Behindertenpolitik in den Revisionen der Invalidenversicherung (IV). Hatte die berufliche Eingliederung in der IV seit ihrer Einführung Priorität (Canonica 2020; Germann 2008), wurde der Fokus auf die Arbeitsintegration ab 2004 durch die Einführung neuer Eingliederungsmaßnahmen und eine vermehrte Kooperation der IV mit Arbeitgeberinnen weiter verstärkt (Nadai 2017; Gonon und Rotzetter 2017). Gleichzeitig bezweckten die Revisionen eine Reduktion

[2] Der Begriff der „Aktivierung" verfügt in den Sozialwissenschaften über keine einheitliche Definition. Je nach Variante stehen unterschiedliche Aspekte im Vordergrund, wie die Pflichten und Gegenleistungen, an die sozialstaatliche Unterstützung geknüpft wird, z. B. die Bereitschaft zur Arbeitsaufnahme (Nadai 2015), die Erwartung, eine beliebige Arbeit anzunehmen (Betzelt und Bothfeld 2011, S. 8) oder die Teilnahme an beschäftigungsfördernden Programmen zur Investition in das eigene Humankapital (Bonvin und Dahmen 2017).

der Zahl der Rentenbezügerinnen. Erklärtes Ziel der 5. Revision des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG) von 2008 war es, die Anzahl Neurentner um 30 % zu reduzieren (Ferreira et al. 2008, S. 169). Eingeführt wurde außerdem die sanktionierbare Verpflichtung für Versicherte, an Eingliederungs- und Beschäftigungsmaßnahmen teilzunehmen. Zudem wurden finanzielle Leistungen abgeschafft, so z. B. Zusatzrenten und die Anpassung der Renten an eine hypothetische Einkommenserhöhung im Erwerbsverlauf. Darüber hinaus wurde die Mindestbeitragszeit für einen Rentenanspruch auf drei Jahre erhöht (Nadai et al. 2015, S. 37). Das Wegfallen von Transferzahlungen führt für Personen, deren Gesundheitszustand keine ausreichende Erwerbstätigkeit zulässt, zu Prekarität und verstärkt soziale Ungleichheiten (Manske 2005). Die Revisionen führten zudem zu einer Delegitimierung des Anspruchs auf finanzielle sozialstaatliche Unterstützungsleistungen und verstärken damit das Risiko des Nicht-Bezugs von Sozialleistungen (Rosenstein 2021).

Mit der aktivierenden Sozialpolitik sind also auch gesundheitlich eingeschränkte Personen aufgefordert, sich verstärkt am Arbeitsmarkt auszurichten und die Verantwortung für ihre Existenzsicherung zu übernehmen. Das „Soziale“ nimmt hier nach Lessenich (2008) die Form eigenverantwortlichen Handelns durch die aktive Teilnahme am Erwerbsleben an. Diese Neuinterpretation sozialstaatlicher Unterstützung wird als Entwicklung der Rekommodifizierung der Arbeit analysiert, weil durch sie der Zwang zur Verwertung der Arbeitskraft verallgemeinert wird (Bothfeld et al. 2005; Bonvin 2017). Eine vermehrte Integration gesundheitlich eingeschränkter Personen in den Arbeitsmarkt ist aber nur dann zu erreichen, wenn es Unternehmen gibt, die ihnen eine Arbeitsstelle anbieten und ihnen ermöglichen, trotz gesundheitlicher Einschränkungen einer bezahlten Beschäftigung nachzugehen (Breedgard 2017). Neben der individuellen Eigenverantwortung wäre also auch ein verstärktes Engagement von Unternehmen zur Arbeitsintegration „vulnerabler Gruppen“ des Arbeitsmarktes gefordert (van Berkel et al. 2017). Die sozialpolitischen Empfehlungen der OECD identifizieren Arbeitsplätze denn auch als „key target for mental health policy“:

> Essential factors include good working conditions which avoid job strain; sound management practices so as to minimise productivity losses; systematic monitoring of sick-leave behaviour; and help to employers to reduce workplace conflicts and avoid unnecessary dismissal caused by mental health problems. (OECD 2012, S. 15)

Arbeitsplätze, Arbeitsbedingungen und Praktiken des Personalmanagements geraten damit als sozialpolitische Interventionsfelder in den Vordergrund. Ihnen wird

Bedeutung für den Erhalt von Arbeitsfähigkeit und die Verhinderung von gesundheitlich bedingter Erwerbslosigkeit zugeschrieben. Damit rücken Arbeitgeber als Wohlfahrtsproduzenten in einer *mixed economy of welfare* in den Fokus. Wie Jeannette Brejning (2012, S. 2) festhält, bleibt es jedoch primär bei einer rhetorischen Verantwortungszuweisung an Unternehmen, ohne dass diese mit konkreten gesetzlichen Auflagen verbunden wurde.

Einige OECD-Länder haben zwar gesetzliche Quoten zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen oder Gesetze der Antidiskriminierung eingeführt, in denen das Recht auf einen an die gesundheitlichen Einschränkungen angepassten Arbeitsplatz festgehalten ist. Deren Wirksamkeit ist allerdings umstritten (OECD 2009, S. 25; Kuznetsova und Yalcin 2017). Zudem haben einige Staaten, wie z. B. Deutschland, gesetzliche Vorgaben zur Wiedereingliederung von gesundheitlich eingeschränkten Beschäftigten eingeführt (Voswinkel 2017c). Die Schweiz kennt hingegen keinerlei gesetzlichen Verpflichtungen für Arbeitgeber zur Beschäftigung und Wiedereingliederung von gesundheitlich eingeschränkten Arbeitskräften. Stattdessen gilt das Prinzip der „Freiwilligkeit“ (Canonica 2017) und die Annahme, dass die Arbeitsintegration ohne gesetzliche Auflagen effizienter gelingen könne. Die von Lessenich als „Neuerfindung des Sozialen“ charakterisierte Verschiebung der Verantwortung für die Wohlfahrtsproduktion betrifft also – insbesondere in der Schweiz – vorwiegend die Individuen, die sich um ihre Integration in den Arbeitsmarkt bemühen sollen, aber weniger die Wirtschaft. Die Verantwortungszuweisung ist insofern als „asymmetrisch“ zu beschreiben (Nadai 2017).

Fehlen gesetzliche Vorgaben wie in der Schweiz, sind die Praktiken der Beschäftigung und Wiedereingliederung von gesundheitlich eingeschränkten Arbeitskräften weitgehend durch die Willkür der Arbeitgeberinnen bestimmt. Zu fragen ist also, ob und in welcher Form sich diese eine Rolle in der Arbeitsintegration gesundheitlich eingeschränkter Menschen zuschreiben. Während Backhaus-Maul et al. (2019, S. 206) den „Rückzug des Wohlfahrtsstaats“ durch einen Ausbau von betrieblichen Sozialleistungen begleitet sehen, sind andere Einschätzungen diesbezüglich skeptischer und stellen fest, dass es bisher eher schwierig war, Arbeitgeber in die aktivierende Arbeitsmarktpolitik einzubinden (Sissons und Green 2017) und dass sie nur zaghaft Verantwortung für die Reintegration gesundheitlich eingeschränkter Beschäftigter übernehmen (Seing et al. 2014).

2.2 Arbeitsintegration als Frage der Arbeitswelt – die Perspektive der Studie

Ob die Integration gesundheitlich eingeschränkter Menschen in den Arbeitsmarkt gelingt, lässt sich durch den Sozialstaat nur indirekt beeinflussen. Dieser vermag durch Verpflichtungen, Anreize und Investitionen in arbeitsmarktrelevante Fähigkeiten auf die Seite des Arbeitsangebots, also die Arbeitskräfte, Einfluss zu nehmen. Auf Seite der Arbeitsnachfrage, also den Bedarf nach Arbeitskräften der Unternehmen, und die Gestaltung von Beschäftigungsverhältnissen hat der Sozialstaat jedoch keinen direkten Einfluss. Vielmehr spielen Arbeitgeber und Betriebe hier eine zentrale Rolle: Sie entscheiden über die (Nicht-)Beschäftigung von gesundheitlich eingeschränkten Menschen, organisieren Arbeitsabläufe und definieren Leistungserwartungen. Arbeitsintegration ist somit primär eine Frage der Arbeitswelt.

Auf die Frage, wie die Möglichkeiten zur Teilnahme am Erwerbsleben mit den Bedingungen der Wirtschaft und Arbeitsorganisation zusammenhängen, finden sich in der Arbeitssoziologie und vor allem in den *Disability Studies* Antworten und analytische Perspektiven. Demnach hängen die Spielräume zur Beschäftigung von gesundheitlich eingeschränkten Menschen wesentlich davon ab, wie die Erwerbsarbeit und wirtschaftliche Produktion gesellschaftlich und betrieblich organisiert sind. Im Folgenden stelle ich einschlägige Thesen und Analysen dazu vor, mit dem Ziel, den Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher und betrieblicher Arbeitsorganisation[3] und den Möglichkeiten der Arbeitsintegration zu verdeutlichen.

Nach der Sichtweise der Disability Studies werden „Behinderungen" durch sich historisch wandelnde gesellschaftliche Teilhabebarrieren, kulturelle Praktiken und Diskurse hervorgebracht (Oliver 1990; Thomas 2007; Goodley 2018; Furner 2020).

> Historically then, disability can be understood as changing social experience arising from the specific ways in which society organizes its fundamental activities like work,

[3] Ich verwende den Begriff der Arbeitsorganisation nach einem klassischen arbeits- und industriesoziologischen Verständnis, das sich auf das Zusammenwirken von Menschen in der wirtschaftlichen Produktion bezieht. Die *betriebliche* Arbeitsorganisation umfasst die Verteilung von Aufgaben, die Kooperation der Arbeitenden zur Herstellung eines Produkts bzw. einer Dienstleistung und unterliegt der Planung, Steuerung und Kontrolle durch ein Management. Zudem beinhaltet der Begriff der betrieblichen Arbeitsorganisation Formen der Leistungsbestimmung und Entlohnung, sowie die technischen Gegebenheiten des Arbeitsprozesses (Abel und Hirsch-Kreinsen 2017, S. 60 f.). Innerhalb größerer Unternehmen können Formen der Arbeitsorganisation auch zwischen einzelnen Abteilungen variieren.

> transport, leisure, education and domestic life as they relate to the impaired individual. (Abberley 2002, S. 136)

Weil der Erwerbsarbeit hinsichtlich Existenzsicherung, gesellschaftlicher Integration und Teilhabe, wie auch Identitätsstiftung in der modernen Gesellschaft eine so zentrale Rolle zukommt, ist die gesellschaftliche Exklusion von Menschen mit Behinderungen nach Paul Abberley (ebenda) eng mit der Arbeitswelt verknüpft. Als zentraler Bereich gesellschaftlicher Aktivitäten trägt die Organisation des Arbeitslebens zur Hervorbringung von Inklusionsbarrieren und zur Konstitution der sozialen Erfahrung erschwerter Teilhabe bei. Mit dem Fokus auf strukturelle Teilhabebarrieren und Praktiken, die Exklusionserfahrungen prägen, leisten die die Disability Studies – über die Theoretisierung von Behinderung hinaus – einen analytischen Beitrag zur Bedeutung der Arbeitsorganisation für die (begrenzten) Möglichkeiten marginalisierter Gruppen, am Erwerbsleben teilzuhaben. Die Arbeitswelt in ihren historischen und soziologisch typisierbaren Ausformungen spielt nach diesen Überlegungen eine zentrale Rolle für das Potenzial zur gesellschaftlichen Inklusion gesundheitlich eingeschränkter Menschen.

Im Folgenden fasse ich sozialwissenschaftliche Thesen und Erkenntnisse zusammen, die sich auf die Frage beziehen, *welche Eigenschaften und Merkmale der Arbeitswelt* Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen *die Teilhabe an den Aktivitäten der wirtschaftlichen Produktion erschweren bzw. vereinfachen.*

Die im Folgenden dargestellte Literatur bezieht sich vorwiegend auf Menschen mit Behinderungen, versteht Behinderung aber nicht als objektive Gegebenheit, sondern als eine soziale „Differenzierungskategorie“ (Waldschmidt 2006, S. 40). Dabei handelt es sich um eine Kategorie der Andersartigkeit, die gesellschaftlich hervorgebracht und zugeschrieben wird, und mit der Konsequenzen bezüglich der sozialen Positionierung der Betroffenen verbunden sind. Da dieses Verständnis nahe an dem in dieser Arbeit vertretenen Verständnis psychisch bedingter gesundheitlicher Einschränkungen liegt, die das Leben der Betroffenen ähnlich wie Behinderungen ebenfalls über einen längeren Zeitraum beeinflussen können, wird im Folgenden davon ausgegangen, dass die in dieser Literatur festgestellten Zusammenhänge auf die Situation psychisch Erkrankter übertragbar sind.[4]

---

[4] Zum Nutzen der Disability Studies zur Analyse der Situation psychisch Erkrankter vgl. auch Mulvany (2000) und Timander et al. (2015).

2.2.1 Industrialisierung, Standardisierung und das *„social model of disability"*

Als entscheidender Faktor, der zur Exklusion von Menschen mit Behinderungen aus der Erwerbsarbeit führt, wird in der Literatur die *Standardisierung* von Arbeitsrollen und Produktivitätserwartungen betrachtet. Diese gilt als ein Resultat des historischen Prozesses der Industrialisierung. Zur Standardisierung trug überdies die Gestaltung der Arbeitsorganisation nach wissenschaftlichen Methoden der Produktivitätssteigerung und Rationalisierung bei, wie z. B. Frederick W. Taylors Prinzipien des wissenschaftlichen Managements. Standardisierung und die darin implizit enthaltene Vorstellung einer normierten „Standardarbeitskraft" waren und sind nach Deborah Foster und Victoria Wass (2013) ausschlaggebend für die erschwerte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsmarkt. Foster und Wass argumentieren, dass durch die Standardisierung von Stellenprofilen spezifische körperliche, psychische und mentale Eigenschaften von Arbeitskräften zur impliziten Norm erhoben werden. Diese implizite Norm benachteiligt alle Arbeitnehmenden, die ihr, z. B. aus gesundheitlichen Gründen, nicht entsprechen.

> It is the abstract measurements of efficiency and productivity, of job design and 'ideal' worker behaviour that make up part of established organisational logic and management ideology which excludes people with impairments. (Foster und Wass 2013, S. 710)

Eine ähnliche These wurde von Vertretern der materialistischen Variante des *social model of disability* vorgebracht. Das *social model* beruht auf der konzeptionellen Unterscheidung einer körperlichen, psychischen, kognitiven oder sensorischen funktionalen Beeinträchtigung *(impairment)* und der Behinderung *(disability)* als dem entwertenden, einschränkenden oder unterdrückenden gesellschaftlichen Umgang mit Menschen mit einer solchen Beeinträchtigung. Behinderung wird demzufolge nicht als individuelle „Tragödie" angesehen, sondern als Folge gesellschaftlicher Handlungen und Institutionen (Flynn 2017). Die materialistische Variante des *social model* betont die Rolle der *kapitalistischen* Wirtschafts- und Arbeitsorganisation für die Exklusion von Menschen mit Behinderungen (Oliver 1990). Diese These beruht auf der Gegenüberstellung einer idealtypischen vorkapitalistischen und vorindustriellen Produktionsweise und den idealtypischen industriellen und kapitalistischen Arbeitsformen.

In der vorindustriellen landwirtschaftlichen Produktion konnten Menschen mit Behinderungen nach Michael Oliver (1990, S. 27 f.) zwar nicht immer

voll am Produktionsprozess teilnehmen, doch gab es für sie dank der langsamen, flexiblen Arbeitsrhythmen und selbstbestimmten Arbeitsmethoden durchaus Möglichkeiten, nach ihren individuellen Fähigkeiten einen Beitrag zur wirtschaftlichen Produktion zu leisten. Durch die Einbettung der Arbeit in den privaten Haushalt und das Alltagsleben konnten auch Menschen mit Behinderungen landwirtschaftliche Arbeitsabläufe oder handwerkliche Techniken erlernen. Mit der Industrialisierung und der gleichzeitig erfolgenden Trennung von Erwerbsarbeit und Haushalt fielen nicht nur diese Lernmöglichkeiten weg, auch wurde die Beteiligung von Menschen mit Behinderungen durch die Produktionsnormen der Industriearbeit erschwert, die Geschwindigkeit, Disziplin und die Einhaltung eines Arbeitstaktes erforderten. Zudem trug der Übergang zur Lohnarbeit zur Marginalisierung von Menschen mit Behinderungen bei. Dieses Argument wird von B. J. Gleeson (1996, S. 392) vertreten: ihm zufolge führte die Kommodifizierung der Arbeit eine „soziale Bewertung“ ein, die bis dato nicht existiert hatte. Arbeit wurde einem Gesetz des (Geld-)Werts *(law of value)* unterworfen und die Wertigkeit *(worth)* individueller Arbeit wurde an durchschnittlichen Produktivitätsstandards bemessen. Dies führte zu einer Abwertung der Fähigkeiten von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und zur „Erosion“ ihrer Arbeitskraft:

> From the beginning, this competitive, social evaluation of individual labour-power meant that ‘slower’, ‘weaker’ or more inflexible workers were devalued in terms of their potential for paid work. (Gleeson 1996, S. 392)

Gleeson betont neben der Kommodifizierung auch die Rolle der Standardisierung von Produktivitätsnormen bezüglich Arbeitsgeschwindigkeit, Kraft und Verfügbarkeit. Diese Normierung erhielt Aufschwung durch die Mechanisierung der Produktion. Annahmen über die Standardarbeitskraft waren nun in der materiellen Infrastruktur z. B. der Gestaltung industrieller Anlagen oder Maschinen verankert: “The rise of mechanized forms of production introduced productivity standards which assumed a ‘normal’ (i.e. usually male and non-impaired) worker’s body and disabled all others.” (ebenda).

Die materialistische Version des *social model of disability* wurde innerhalb der *Disability Studies* stark kritisiert und gilt in ihrer einseitigen Fokussierung auf materielle und ökonomische Teilhabebarrieren als überholt. Unzulässig ist zudem, wie James Furner (2020, S. 1543) argumentiert, die Gleichsetzung der Normen kapitalistischer Lohnarbeit mit der Auferlegung der Normen körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit *(abled-bodied/-minded norms).* Auch historische Arbeiten veranlassen zu einer Relativierung der These, dass Behinderung als

solche als ein Produkt der kapitalistischen Wirtschaftsorganisation zu verstehen sei. Dem Übergang von vorindustriellen zu industrialisierten Produktionsformen messen historische Untersuchungen aber dennoch Bedeutung für die Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen an der wirtschaftlichen Produktion zu.

Ein wichtiger Unterschied vorindustrieller und industrieller Lebens- und Arbeitsformen wird in den Zeitstrukturen verortet. Das Mittelalter war geprägt durch eine flexible Zeit, die die Strukturierung des Arbeitsalltags nach individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten erlaubte (Metzler 2013, S. 71 f.). Die wirtschaftliche Produktion war nicht nur räumlich, sondern auch zeitlich eng mit dem Alltagsleben im Haushalt verwoben. Die Arbeitsrhythmen waren langsam, flexibel und viele Pausen waren üblich. Grundlegend für die Arbeitsorganisation war weniger eine Zeitorientierung (Anzahl geleisteter Arbeitsstunden) als eine Aufgabenorientierung (Abschließen bestimmter Aufgaben) (ebd., S. 75). Dies ermöglichte es auch langsamer arbeitenden Menschen, sich an der wirtschaftlichen Produktion zu beteiligen. Wie E. P. Thompson (1967) argumentiert, nahm mit der Industrialisierung die standardisierte Zeitmessung durch die Uhr Überhand im gesellschaftlichen Leben, was zur Durchsetzung der industriellen Arbeitsdisziplin und durchgetakteter Arbeitsrhythmen beitrug. Menschen, die aufgrund ihrer körperlichen und mentalen Konstitution langsamer arbeiteten oder auf eine autonomere Gestaltung des Arbeitsrhythmus angewiesen waren, wurde die Teilnahme an der wirtschaftlichen Produktion somit erschwert. Nach Irina Metzler (2013, S. 73) gab es allerdings auch schon im späten Mittelalter Formen der protokapitalistischen Produktion, z. B. Handwerkszünfte, die bezüglich Standardisierung an die tayloristische Arbeitsorganisation erinnern. Die Möglichkeit für gesundheitlich eingeschränkte Arbeitskräfte, sich daran zu beteiligen, hing nach Metzler mit den Formen der Entlohnung zusammen. Wo sich diese an der Menge des Produzierten ausrichtete, standen die Chancen für gesundheitlich eingeschränkte Arbeitskräfte besser, als wenn die Bezahlung pro geleistete Arbeitsstunde erfolgte.

Neben dem Faktor der Zeitstrukturen und Arbeitsrhythmen wird in der Literatur die Art der Arbeitsanforderungen als Bedingung für die In- bzw. Exklusion von Arbeitskräften mit gesundheitlichen Einschränkungen thematisiert. Walter Fandrey (1990, S. 11 f.) zufolge waren in den mittelalterlichen Produktionsformen physische Kraft und Ausdauer wichtig, etwa in der Verrichtung landwirtschaftlicher Schwerarbeit. Ein Mangel an feinmotorischen Fähigkeiten oder Sehschärfe ließ sich durch „festes Zupacken“ kompensieren. Dies führte dazu, dass körperliche Einschränkungen schneller auffielen als geistige oder psychische Beeinträchtigungen. Ebenso spielte Abstraktionsfähigkeit keine große

Rolle. Mit der Industrialisierung änderten sich die typischen Arbeitsanforderungen. So stiegen etwa die Ansprüche an die Sehschärfe durch die Technisierung der Arbeit. Nach dieser Argumentation führte die Industrialisierung also nicht zwingend zu einer Verringerung des Inklusionspotenzials der Arbeitswelt, sondern zu einer Veränderung des *Typs* gesundheitlicher Einschränkungen, die sich im Produktionsprozess als Hindernisse erweisen.

Daniel Blackie (2018) stellt die Dichotomisierung einer vorindustriellen und industrialisierten Arbeitswelt insgesamt in Frage. Ihm zufolge brachte die Industrialisierung bezüglich der Erwerbsmöglichkeiten von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen nicht den behaupteten radikalen Umbruch. Vielmehr verweist er auf Evidenz für deren weiterhin bestehende massenhafte Beteiligung an der wirtschaftlichen Produktion. So übernahmen Menschen mit körperlichen Behinderungen in der industriellen Produktion tendenziell die weniger anstrengenden Arbeiten, in denen sie den Produktivitätsstandards trotz ihrer Einschränkungen genügen konnten. Auch in der industrialisierten Arbeitswelt gab es zudem Tätigkeiten, die nicht nach geleisteten Arbeitsstunden, sondern nach Ertrag entlohnt wurden. Diese erleichterte die flexible Gestaltung von Arbeitszeiten und -rhythmen, was den Bedürfnissen von gesundheitlich eingeschränkten Arbeitskräften entgegenkam (ebd., S. 187). Als Beispiel nennt Blackie die Arbeit in Kohleminen. Allerdings verdienten langsamer arbeitende Personen, die nach Ertrag bezahlt wurden, weniger. Generell waren Arbeitskräfte mit Behinderungen in den weniger gut bezahlten Tätigkeiten beschäftigt. Zudem waren sie aufgrund ihrer Einschränkungen oft einem noch größeren Unfallrisiko ausgesetzt als die nicht-behinderten Arbeitskräfte.

Blackie relativiert außerdem die Folgen, die von der Trennung von Erwerbsarbeit und Haushalt ausgingen. Wiederum am Beispiel der Kohleminen belegt er, dass gesundheitlich eingeschränkte Arbeitnehmende oftmals auf die Unterstützung von Familienmitgliedern oder Verwandten zählen konnten, die ebenfalls in den Minen beschäftigt waren. Ähnliche familiäre Unterstützungsnetzwerke sind auch für die Arbeit in Fabriken belegt (ebd., S. 190). Darüber hinaus argumentiert er, dass die standardisierten Rollen und Abläufe in der Fabrikarbeit nicht zwangsläufig zum Ausschluss von gesundheitlich eingeschränkten Arbeitskräften führten, sondern umgekehrt, dank des hohen Grads der Arbeitsteilung, zusätzliche Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderungen entstanden:

> Rather than excluding workers with impairments, the division of labor and use of machinery in factories created lots of opportunities for light work that potentially facilitated the inclusion of disabled people in the industrial workforce. (Blackie 2018, S. 190)

Nach dieser Analyse wirkt sich also eine Standardisierung von Arbeitsrollen und Produktivitätsvorgaben nicht negativ auf das Inklusionspotenzial aus, wenn gleichzeitig ein hoher Grad an Arbeitsteilung besteht. Analog argumentierte Henry Ford (2007[1922]) in seiner Autobiografie. Angesichts der in einer hochgradig arbeitsteiligen Produktionsweise sich bietenden unterschiedlichen Tätigkeitsprofile ergibt sich seiner Meinung nach für alle Arten von gesundheitlichen Einschränkungen eine Möglichkeit der Integration und damit der eigenständigen Existenzsicherung durch Lohnarbeit:

> If work is sufficiently subdivided – subdivided to the point of highest economy – there will be no dearth of places in which the physically incapacitated can do a man's job and get a man's wage [sic]. (Ford 2007[1922], S. 107)

In einer solchen Produktion gibt es laut Ford eine so große Vielfalt an Aufgaben, die irgendwo erledigt werden müssen, dass sich für alle – wie es scheint zumindest für alle *körperlich* eingeschränkten *Männer* – eine geeignete Stelle findet: „The blind man or cripple can, in the particular place to which he is assigned, perform just as much work and receive exactly the same pay as a wholly able-bodied man would. [sic]" (ebenda) Die Arbeitskräfte werden diesem Modell entsprechend auf Arbeitsplätze eingeteilt, in denen ihre Behinderung sich nicht auf die Leistung auswirkt, weshalb sie denselben Lohn erhalten wie nicht-behinderte Arbeitskräfte. Die „entwickelte" Industrie könne so einem höheren Anteil der Bevölkerung Lohnarbeit bieten und eine eigenständige Existenzsicherung ermöglichen als andere Formen der gesellschaftlichen Arbeitsorganisation.

2.2.2 Die post-tayloristische Arbeitswelt

An diese Gegenüberstellungen vorindustrieller und industrieller Produktionsformen inklusive ihrer fordistischen Ausprägungen schließen Arbeiten an, die nach dem Inklusionspotenzial der zeitgenössischen Arbeitsorganisation fragen. Deren Entwicklungstendenzen werden mitunter als Tertiarisierung, Post-Fordismus bzw. Post-Taylorismus beschrieben.

Laut Foster und Wass (2013) hat das Inklusionspotenzial der Arbeitswelt mit dem Aufkommen post-fordistischer Organisationsprinzipien abgenommen. Foster und Wass verstehen darunter die zunehmende Komplexität und Intensität der Arbeit, die sich aus den Anforderungen an Multi-Tasking, Austauschbarkeit der einzelnen Arbeitskraft sowie der Teamarbeit ergibt. Diese Formen

der Arbeitsorganisation wurden mit dem Ziel der Effizienzsteigerung seit den 1980ern in Unternehmen eingeführt. Gestützt auf die empirische Analyse von Gerichtsurteilen zu angemessenen Arbeitsplatzanpassungen für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen in Großbritannien arbeiten Foster und Wass verschiedene Merkmale der post-fordistischen Arbeitsorganisation heraus, die die Teilhabe an der wirtschaftlichen Produktion erschweren.

Ein erstes Merkmal betrifft die Aufgabenkomplexität (Foster und Wass 2013, S. 714): Jobprofile werden zunehmend komplexer, d. h. sie umfassen mehr und vielfältigere Aufgaben. Wenn erwartet wird, dass die Beschäftigten die Leistungsnormen *aller* Aufgaben erfüllen, führt dies zum Ausschluss von Personen, die lediglich *eine* dieser verschiedenen Aufgaben nicht bewältigen können. Nach Foster und Wass wird die Zunahme der Aufgabenkomplexität durch häufig stattfindende Reorganisationen vorangetrieben, in deren Zuge Stellen zusammengefasst werden. Zur geringeren Flexibilität der individuellen Anpassung von Jobprofilen und Leistungsvorgaben tragen Teamziele bei, die in der post-fordistischen Arbeitswelt vermehrt eingeführt wurden. Wenn Teams an gemeinsam zu erreichenden Zielen beurteilt werden, wirken sich individuelle Abweichungen von Leistungsstandards auf die Bewertung des gesamten Teams aus (ebd., S. 715). Ein ähnlicher Zusammenhang ergibt sich bei einer starken Verkettung der Produktionsabläufe: erfüllt eine Arbeitskraft die Produktivitätsstandards ihrer Funktion nicht, gefährdet sie damit unter Umständen das Funktionieren des gesamten Systems.

Gleichzeitig hat sich der Strukturwandel in Richtung einer stärkeren Tertiarisierung nach Jones und Wass (2013) positiv auf die Erwerbsmöglichkeiten für gesundheitlich eingeschränkte Menschen ausgewirkt. So weisen sie für Großbritannien nach, dass die Zunahme nicht-manueller Jobs zwischen 1998 und 2011 mit einer stärkeren Beteiligung von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsmarkt einherging. Noch kaum erforscht sind die Auswirkungen der Digitalisierung der Arbeitswelt auf die Teilhabemöglichkeiten von gesundheitlich eingeschränkten Menschen. Laut ersten Forschungsbefunden kann davon ausgegangen werden, dass diese in „Gig-Jobs“ der Plattformökonomie, wie z. B. Crowdwork, überrepräsentiert sind (Frieß und Nowak 2020; Qu 2020). Dies wird damit erklärt, dass diese Jobs online von zu Hause aus erledigt werden können und in der Gestaltung des Arbeitstakts und der konkreten Abläufe große Spielräume bieten, was, so auch hier die Annahme, den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen entgegenkommt. Gleichzeitig handelt es sich dabei jedoch um prekäre Formen der Beschäftigung, die weder ein stabiles Einkommen noch Sozialleistungen garantieren und daher ist fraglich, ob hier tatsächlich von einer Teilhabe an der Erwerbsgesellschaft gesprochen werden kann.

Die bisher dargestellten Inklusionsbarrieren am Arbeitsplatz beziehen sich auf die Frage, unter welchen Bedingungen behinderte und gesundheitlich eingeschränkte Menschen in der Arbeitswelt nach den gängigen Normen *produktiv* sein können. Das Inklusionspotenzial der Erwerbsarbeit hängt jedoch auch davon ab, inwiefern Behinderungen bzw. eine (vorübergehend) eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einem betrieblichen Kontext als *legitim* anerkannt werden. Wie Carol Thomas (2007) mit dem Konzept des *psycho-emotional disablism* verdeutlicht, führen nicht nur strukturelle Barrieren zum Ausschluss von Menschen mit Behinderungen und Krankheiten, wie etwa, dass es für sie kein passendes Stellenprofil gibt. Vielmehr tragen auch *symbolische* Prozesse der Abwertung zur Exklusion bei. Mit dem Konzept des *psycho-emotional disablism* erweiterte Thomas das *social model* der Behinderung um eine immaterielle, symbolische Dimension: „Disablism is a form of social oppression involving the social imposition of restrictions of activity on people with impairments and the *socially engendered undermining of their psycho-emotional wellbeing.*" (Reeve 2015, S. 100, Hervorhebung i. O.) Dieser Typ der Barriere beruht darauf, dass den Lebensformen und Bedürfnissen gesundheitlich eingeschränkter Menschen die Legitimität aberkannt wird, was zur Beeinträchtigung ihres psychischen Wohlbefindens führt. In eine ähnliche Richtung zielen die *Critical Disability Studies,* die auf diskursive und kulturelle Praktiken der Abwertung gesundheitlicher Einschränkungen und Behinderungen und die damit verbundene Überhöhung von Autonomie, Eigenverantwortung und individuellen Fähigkeiten fokussieren, welche sie als *ableism* kritisieren (Goodley 2014).

Wie arbeitssoziologische Studien zeigen, hängt die betriebliche Akzeptanz und Bewertung gesundheitlicher Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ebenfalls mit den gängigen Formen der Arbeitsorganisation zusammen. Laut Regina Brunnett (2009) hat die Toleranz für krankheitsbedingte Leistungsschwankungen unter den Bedingungen der postfordistischen Arbeitswelt abgenommen. Krankheit wird ihr zufolge heute vermehrt als selbstverschuldet wahrgenommen. Mit betrieblichen Steuerungs- und Produktionsformen, die stärker auf Selbstorganisation und Eigenverantwortung der Arbeitskräfte setzen, ging nach Stephan Voswinkel (2012, S. 924) eine „Delegitimierung" des Krankseins einher. Ein knapper Personaletat, wie es für eine „verschlankte" Arbeitsorganisation typisch ist, sowie eine starke Identifikation der Arbeitnehmenden mit der Arbeit bewirken, dass sie ihr Kranksein zu ignorieren tendieren und führen zu einer betrieblichen Kultur der „Krankheitsverleugnung" (Kocyba und Voswinkel 2007). So können auch Formen der Arbeitsorganisation, die den Arbeitskräften viel Eigenverantwortung und Autonomie zugestehen, zu eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten

führen, insbesondere, wenn sie mit hohen Leistungserwartungen kombiniert werden. Unter diesen Bedingungen können es sich die Beschäftigten nicht leisten, nur eingeschränkt für die Erwerbsarbeit zur Verfügung zu stehen.

Die verschiedenen dargestellten Theorien, historischen und arbeitssoziologischen Studien legen nahe, dass die Art und Weise, wie die wirtschaftliche Produktion und die gesellschaftlichen Arbeitsaktivitäten organisiert werden, einen großen Einfluss auf die Teilhabemöglichkeiten gesundheitlich beeinträchtigter Menschen hat. Kaum umstritten ist die Annahme, dass eine Arbeitswelt, die es gesundheitlich eingeschränkten Menschen erlaubt, ihre Arbeit nach *selbstbestimmten Zeiten, Rhythmen und Geschwindigkeiten* zu verrichten, für die Teilhabe gesundheitlich eingeschränkter Menschen am Erwerbsleben von Vorteil ist. Eine unabhängig von konkreten Arbeitnehmenden erfolgende Standardisierung von Stellenprofilen und zeitlichen Vorgaben kann deshalb zu einer erschwerten Teilhabe führen. Darüber hinaus spielen symbolische und soziale *Bewertungen* einer reduzierten Arbeits- und Leistungsfähigkeit eine Rolle dafür, wie inklusiv ein Arbeitsumfeld ist.

Ob die *Standardisierung von Stellenprofilen und Produktivitätsnormen* per se zum Ausschluss von gesundheitlich eingeschränkten Arbeitskräften führt, ist umstritten. Gestützt auf die Annahme, dass es von der *Art der Krankheit oder Behinderung* abhängt, welche Arbeiten eine Person verrichten kann und welchen Produktivitätsnormen sie entsprechen kann, postuliert eine Gegenposition, dass das Inklusionspotenzial nicht vom Grad der Standardisierung abhängt, sondern von der *Vielfalt der vorhandenen Stellenprofile.* Wenn eine hinreichend große Anzahl an Stellenprofilen mit unterschiedlichen Anforderungen besteht, so findet sich laut dieser Perspektive für jede Art der Krankheit und Behinderung ein Arbeitsplatz, an dem die Arbeitskraft den Produktivitätsnormen entspricht. Negativ auswirken würde sich demnach jedoch eine zu große Bandbreite unterschiedlicher Anforderungen innerhalb desselben Stellenprofil, also eine zu große *Aufgabenkomplexität*.

Eine weitere umstrittene These betrifft die *räumliche Trennung der Erwerbsarbeit vom Haushalt* der arbeitenden Menschen. Ist die Erwerbsarbeit in den privaten Haushalt eingebettet, können gesundheitlich eingeschränkte Menschen ihre Beeinträchtigung besser „managen“, weil sie sich zwischenzeitlich ausruhen können, oder weil sie Unterstützung von Familienmitgliedern erhalten. Gegenüber dieser Position lässt sich aber argumentieren, dass es auch am außerhalb des Haushalts liegenden Arbeitsplatz Formen der sozialen Unterstützung geben kann, ebenso wie Spielräume für das Management von gesundheitlichen Einschränkungen.

Die Disability Studies machen deutlich, dass die Arbeitsorganisation – verstanden als die historisch wandelbare Art und Weise, wie die wirtschaftliche Produktion gesellschaftlich und betrieblich organisiert wird, welche Leistungsanforderungen gestellt werden und welche Art von Arbeitsbedingungen verbreitet sind – eine wichtige Rolle dafür spielt, *welche* Gesellschaftsmitglieder *wie* an der Erwerbsarbeit teilhaben können. Die vorliegende Studie schließt an diese Perspektive an und untersucht die betriebliche Arbeitsintegration psychisch erkrankter Beschäftigter vor dem Hintergrund von Formen der Arbeitsorganisation und Systemen des Personalmanagements. Als relevant für die betriebliche Arbeitsintegration gesundheitlich eingeschränkter Arbeitskräfte werden in anderen Worten nicht lediglich die gezielten betrieblichen Aktivitäten und Prozesse zur Eingliederung gesundheitlich eingeschränkter Beschäftigter betrachtet. Vielmehr soll die Bedeutung der – unabhängig von der Frage der Eingliederung erfolgenden – Praktiken der Arbeitsgestaltung und Formen der Arbeitsorganisation berücksichtigt werden. Diese Perspektive wurde in der bisherigen Forschung zur betrieblichen Arbeitsorganisation nur selten eingenommen. Bevor ich weiter auf das Forschungsinteresse eingehe, fasse ich im folgenden Kapitel Forschungsbefunde zusammen, die sich konkreter auf die betriebliche Arbeitsintegration psychisch Erkrankter beziehen.

2.3 Forschungsstand

Im Folgenden führe ich aus, wie die (psychische) Gesundheit der Beschäftigten als betriebliche Managementaufgabe erkannt wurde und was dies konkret bedeutet (Abschn. 2.3.1). Anschließend stelle ich die sozialwissenschaftliche „Return to work"-Forschung vor, die sich hauptsächlich mit individuellen Faktoren und formalen Strukturen befasst, die das Gelingen eines beruflichen Wiedereinstiegs nach einer Erkrankung begünstigen (Abschn. 2.3.2). Vor allem in jüngerer Zeit berücksichtigt die Forschung zunehmend auch soziale Dynamiken zwischen verschiedenen Akteuren der Arbeitsintegration. Ein zentraler Forschungsbefund lautet, dass Arbeitsintegration Fragen betrieblicher Gerechtigkeit aufwirft (Abschn. 2.3.3). Schließlich gehe ich auf darauf ein, dass die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen eine wesentliche Herausforderung bei der Arbeitsintegration darstellt (Abschn. 2.3.4).

2.3.1 Psychische Gesundheit als betriebliche Managementaufgabe

Mit der aktivierungspolitischen Wende der staatlichen Sozialpolitik kam die Forderung auf, dass Unternehmen sich vermehrt für die Arbeitsintegration gesundheitlich eingeschränkter Menschen engagieren und dabei insbesondere psychische Gesundheitsrisiken berücksichtigen sollen. Arbeitsmarktpolitische Empfehlungen der OECD (2012, 2014) legen nahe, dass Arbeitgeberinnen bei sich abzeichnenden psychischen Belastungen oder Erkrankungen von Beschäftigten früh intervenieren und medizinische Hilfe vermitteln sollen. Durch das gezielte Monitoring von Krankheitsabwesenheiten sollen psychische Belastungen früh erkannt werden, um Unterstützung anbieten und den Verlust des Arbeitsplatzes verhindern zu können.[5] Zudem sollen auch Konflikte zwischen Mitarbeitenden als Warnzeichen für psychische Probleme einzelner Beschäftigter ernst genommen werden. Die psychische Gesundheit wird also zur Managementaufgabe von Unternehmen erklärt.

Die gesetzlichen Vorgaben zur Prävention psychischer Beanspruchungen durch die Arbeit sind in Europa und insbesondere in der Schweiz hingegen nach wie vor schwach ausgeprägt. Zwar kam das Thema psychische Gesundheit in den 1980ern im gesetzlichen Arbeitsschutz auf, der zuvor nur auf Unfälle und auf physische Gefahren ausgerichtet war. Dies änderte sich mit dem Wandel des Gesundheitsbegriffs. Als entscheidend für diesen Wandel gilt die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation von 1986, mit der nach Nora Alsdorf et al. (2017) der Paradigmenwechsel von der Patho- zur Salutogenese vollzogen wurde. Gesundheit wurde nun nicht mehr als Abwesenheit von Krankheit, sondern als „Zustand allgemeinen Wohlbefindens“ definiert, „das von den Beteiligten aktiv hergestellt werden soll“ (ebd., S. 33). Dieses Verständnis lenkt den Blick auf Ressourcen, mit denen sich die Gesundheit fördern lässt und verlieh der Idee der *Gesundheitsförderung* Aufschwung. Der neue Gesundheitsbegriff beruht auf einem biopsychosozialen Gesundheitsmodell und schließt auch psychische und soziale Dimensionen ein (Becke 2010, S. 191).

[5] Die Empfehlungen der OECD für die Schweiz sind sehr weitreichend und fordern zu einer umfassenderen Kontrolle von Krankheitsabwesenheiten auf: „Es sollte eine regelmäßige Kontrolle der Arztzeugnisse sowie die Pflicht eingeführt werden, die Invalidenversicherung bei Fällen von relevanten Absenzen (an 30 aufeinanderfolgenden Tagen) oder regelmäßigen Kurz-Absenzen zu benachrichtigen.“ (OECD 2014, S. 52 ff.)

Die Europäische Arbeitsschutz-Rahmenrichtlinie 89/391/EWG[6] von 1989 verlangt eine gesetzliche Pflicht für Unternehmen, Gefährdungsanalysen und – falls angebracht – Gegenmaßnahmen durchzuführen und zu dokumentieren. Psychische Gesundheitsrisiken werden in der Richtlinie zwar nicht explizit angesprochen, jedoch sollen Arbeitgeberinnen „für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer in Bezug auf alle Aspekte, die die Arbeit betreffen", sorgen (Steiger-Sackmann 2013, S. 46). Die Rahmenrichtlinie überschreitet damit das im traditionellen Arbeitsschutz vorherrschende Paradigma der Unfallverhütung, indem es Arbeitgeber zu einer humaneren Gestaltung der Arbeit verpflichtet (Brunnett 2009, S. 197 f.). Anstelle von konkreten Vorgaben führte die EU-Rahmenrichtlinie aber nur allgemeine „Schutzziele" ein, weshalb sie als Deregulierung des Arbeitsschutzes eingestuft wird (Gerlinger 2000). Annette Funk (2011, S. 152) zufolge ist sie gerade aufgrund der Allgemeinheit dieser Ziele ungeeignet, psychischen Belastungen und Fehlbeanspruchungen am Arbeitsplatz vorzubeugen. Die Schweiz hat das System eines betriebsinternen Risikomanagements zudem nur für den Bereich der Unfallverhütung übernommen (Steiger-Sackmann 2013, S. 192). Eine Pflicht für Unternehmen zur Überprüfung psychischer Gesundheitsrisiken wurde dagegen nicht eingeführt.

Während gesetzliche Vorgaben also fehlen oder schwach ausgeprägt sind, ist gleichzeitig eine Vielfalt an freiwilligen betrieblichen Initiativen und Strukturen entstanden, die auf das Management der Gesundheit der Beschäftigten und damit verbunden auf die Prävention psychischer Belastungen und den Erhalt der Arbeitsfähigkeit abzielen. Das 1996 gegründete europäische Netzwerk für betrieblichen Gesundheitsförderung regte zur Einrichtung nationaler Foren an und entwickelt Qualitätskriterien sowie Best Practice-Beispiele (Ulich und Wülser 2015, S. 375). Ab den 1990er Jahren führten vor allem größere Unternehmen ein „betriebliches Gesundheitsmanagement" (BGM) ein (Ulich und Wülser 2015; Oppolzer 2010; Kratzer et al. 2011; Harder und Scott 2009; Bauer 2005; Buri-Moser 2013), welches in der Regel den Arbeits- und Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, das Monitoring von Krankheitsabwesenheiten und die Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen umfasst.

Wiedereingliederungsmaßnahmen kommen bei Beschäftigten zum Einsatz, die aufgrund einer Erkrankung länger ausfallen oder in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind. Sie zielen darauf ab, den Betroffenen die Rückkehr an ihren Arbeitsplatz zu erleichtern. Dies soll zum Beispiel durch Anpassungen der Aufgaben und der materiellen Ausstattung des Arbeitsplatzes erreicht werden, die

---

[6] https://eur-lex.europa.eu/legal-content/de/TXT/?uri=CELEX:31989L0391 [Zugriff am 07.07.2021].

es den Betroffenen erlauben, trotz der gegebenenfalls fortbestehenden gesundheitlichen Einschränkung weiterzuarbeiten. Ziel ist die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und das Verhindern des Stellenverlusts (Giesert und Weßling 2012, S. 104; Alsdorf et al. 2017; Riechert und Habib 2017).

In der Schweiz hat die *Stiftung Gesundheitsförderung* durch gezielte Kampagnen und die Definition von *Best Practices* zur Verbreitung eines relativ einheitlichen BGM-Konzepts beigetragen (Hassler 2021, S. 55). Nach einer Studie von Buri-Moser (2013, S. 154) ist das BGM organisatorisch meistens in der Personalabteilung verortet und verfügt über ein eingeschränktes Budget (ebd., S. 164). Als Grund für die Einführung eines BGM spielt neben der „Zufriedenheit" der Beschäftigten auch eine Reduktion der durch Krankheit verursachten Kosten durch die Senkung der Abwesenheitsrate, sowie eine Steigerung der Produktivität der Beschäftigten eine zentrale Rolle (Buri-Moser 2013, S. 147 f.; Füllemann 2017, S. 33).

Empirische Studien zur praktischen Umsetzung der Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung belegen, dass diese bezüglich der Prävention von (psychischen) Gesundheitsrisiken und der gesundheitsförderlicheren Gestaltung von Arbeitsplätzen nur eingeschränkt wirksam sind. Nach Becke (2010, S. 198) werden psychische Belastungen von Beschäftigten mitunter als „normal" und damit als irrelevant für den Arbeitsschutz hingenommen. Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention setzen, wie oft festgestellt wird, eher beim Verhalten der Beschäftigten als bei den Arbeitsverhältnissen an. Anstelle einer gesundheitsförderlicheren Gestaltung der Arbeitsbedingungen wird den Beschäftigten somit vorwiegend Unterstützung in der individuelle Stressbewältigung angeboten (Funk 2011, S. 55; Becke 2010, S. 199 f.). Nach Kratzer und Dunkel (2011, S. 17) ist dies darauf zurückzuführen, dass sich gesundheitliche Belastungen auch aus den Formen der Arbeitsorganisation und der Leistungssteuerung selbst ergeben und somit „ökonomischer Erfolg und Gesundheit in einem Konfliktverhältnis [stehen]". Gesundheitsschutz kann demzufolge seine Wirkung nur entfalten, wenn er *nicht* von der betrieblichen Leistungspolitik entkoppelt wird. Mit einem auf individuelle Copingstrategien reduzierten Gesundheitsschutz wird der organisationale Konflikt zwischen Leistungspolitik und Gesundheitsförderung, so Kratzer und Dunkel, von der organisationalen auf die individuelle Ebene verschoben. Die Bewältigung arbeitsbedingter Überlastungen wird den Beschäftigten überantwortet. Überlastungsbedingte Erkrankungen erscheinen dadurch als Ausdruck einer „missglückten Anpassung" (Brunnett 2009, S. 305 ff.; Brunnett 2013) und eines Scheiterns der gewählten Bewältigungsstrategien.

Ein Verständnis von gesundheitlichen Risiken und Krankheit als Anzeichen erfolgloser Anpassungsstrategien und mangelnder „Resilienz“ hat, wie Foster (2017) sowie Dale und Burell (2014) anmerken, den für die Gesundheitsförderung paradoxen Effekt, dass gesundheitliche Einschränkungen und Behinderungen als Themen unsichtbar werden. Indem Initiativen der Gesundheitsförderung die Beschäftigten zu einem gesunden, stressreduzierenden Lebensstil ermuntern, führen sie nach Maravelias (2016) zudem zu einer Ausweitung der ökonomischen Investitionslogik auf den Bereich der Privatsphäre und werden zu einem Instrument der „Selbstoptimierung“ (Mämecke 2016). Die Verschiebung des organisationalen Widerspruchs zwischen Leistungspolitik und Gesundheitsförderung auf die individuelle Ebene ist der Analyse von Brunnett (2009, S. 292 f.) zufolge bereits im Diskurs um den Arbeitsschutz angelegt: Wenn Gesundheit als „Humankapital“ verstanden und mit Produktivität gleichgesetzt werde, rücke der produktivitäts*begrenzende* Charakter der betrieblichen Gesundheitspolitik aus dem Blickfeld. Dies geschieht nach Brunnett nicht zuletzt aus strategischen Gründen. Ein Arbeitsschutz, der auch in ökonomischer Hinsicht effizienzsteigernd ist, lasse sich den Unternehmen besser schmackhaft machen. Die Gesundheit der Beschäftigten wird damit zum entwicklungsfähigen Potential und zur Produktivkraft.

Das betriebliche Management von Wiedereingliederungsverfahren ist, wie Stephan Voswinkel (2017c) darlegt, ebenfalls durch strukturelle Begrenzungen der Wirksamkeit charakterisiert. Anhand einer empirischen Studie in Deutschland zeigt er auf, dass das betriebliche Eingliederungsmanagement eine individualisierende Betrachtungsweise einnimmt und das Ziel, gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen zu verändern, erst gar nicht verfolgt. Vielmehr wird auch in Wiedereingliederungsmaßnahmen auf die individuelle Anpassung der Beschäftigten fokussiert. Gerade bei psychischen Erkrankungen beschränkt sich die Intervention laut Voswinkel oft auf eine zeitweilige Reduktion des Pensums, was eher einer Anpassung der Arbeitnehmerin an die Arbeitsbedingungen gleichkommt als umgekehrt. Einen strukturell bedingten Mangel an Möglichkeiten des betrieblichen Gesundheitsmanagements, auf die Arbeitsverhältnisse von erkrankten Beschäftigten Einfluss zu nehmen, stellt auch Benedikt Hassler (2021) fest. Eingliederungsmaßnahmen betreffen in den von ihm untersuchten Fällen in Schweizer Unternehmen vorwiegend die Person der Betroffenen, nicht aber die Bedingungen ihres Arbeitsplatzes.

Im Gegensatz zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Belastungen wurden die Aktivitäten der betrieblichen Wiedereingliederung erst selten aus einer soziologischen Perspektive untersucht. Eine umfangreiche Literatur gibt es jedoch zu den Gelingensbedingungen und Hindernissen des

beruflichen Wiedereinstiegs, mit denen sich die anwendungsorientierte „Return to work“-Forschung befasst.

2.3.2 Return to work-Forschung

Die sozialwissenschaftliche „Return to work“-Forschung untersucht die Faktoren, die zum Gelingen der betrieblichen Eingliederung beitragen. Return to work (RTW) kann sich sowohl auf den Wiedereinstieg am selben Arbeitsplatz nach einer Krankschreibung beziehen als auch auf den beruflichen Wiedereinstieg nach dem Verlust einer Arbeitsstelle. Die RTW-Forschung fokussiert primär auf individuelle Faktoren der Betroffenen oder anderer Akteure in der Wiedereingliederung. Eine typische Fragestellung bezieht sich auf den Einfluss individueller und arbeitsplatzbezogener Faktoren auf die Dauer bis zum Wiedereinstieg am Arbeitsplatz (Blank et al. 2008). Neuere Studien betonen die Rolle des Alters, des Ausbildungsniveaus, der Selbstwirksamkeit, der positiven Einstellung der Betroffenen, aber auch der Unterstützung von Vorgesetzten und Kolleginnen (de Vries et al. 2018; Etuknwa et al. 2019), sowie Faktoren des Krankheitsverlaufs und des Schweregrads der Erkrankung (Ervasti et al. 2017). Allerdings lässt sich aus einer kurzen Dauer bis zum Wiedereinstieg nicht schließen, inwiefern die Integration am Arbeitsplatz längerfristig erfolgreich ist. Die Nachhaltigkeit der Wiedereingliederung bleibt in dieser Perspektive somit ungeklärt. Zudem wird auch die Qualität der Reintegration ausgeblendet, also unter welchen Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen Betroffene wieder eingestiegen sind und inwiefern die Arbeitsstelle ihren Kompetenzen und Ansprüchen entspricht.

Eine andere Perspektive der RTW-Forschung fragt nach Gelingensbedingungen und Barrieren, die eine dauerhafte Reintegration am Arbeitsplatz begünstigen oder hemmen. Hier gilt die Motivation der Betroffenen als zentraler Faktor (Carlsson et al. 2018). Ob die Betroffenen wieder voll arbeitsfähig werden können, hängt laut RTW-Forschung auch davon ab, inwiefern sie über taugliche Strategien verfügen, sich von der Arbeit abzugrenzen, einen übertriebenen Perfektionismus zu vermeiden und damit die psychischen Belastungen ihrer Arbeit zu managen (Noordik et al. 2011). Neben individuellen Faktoren wird auf die Bedeutung der Kooperation der verschiedenen, am Prozess der Wiedereingliederung beteiligten Akteurinnen hingewiesen. So wirkt sich eine positive Einstellung der Arbeitgeber bezüglich Abstimmung mit den behandelnden Ärzten und anderen Beteiligten positiv auf die Wiedereingliederung aus (Homlund et al. 2020). Wichtig ist außerdem, dass sich die verschiedenen Stakeholder im Wiedereingliederungsprozess,

also Betroffene, Führungskräfte, aber auch Akteurinnen aus dem medizinischen Bereich, auf einheitliche Rehabilitationsziele einigen können (Gouin et al. 2017).

Des Weiteren nimmt die RTW-Forschung die Rolle von Führungskräften und Vorgesetzten in den Blick: die Rolle von direkten Vorgesetzten gilt als zentral (Lemieux et al. 2011). Festgestellt wird eine große Unsicherheit von Führungskräften im Umgang mit den vertraulichen Aspekten psychischer Krankheiten im Wiedereingliederungsprozess (Freigang-Bauer und Gröben 2011), sowie ein mangelndes Vermögen, die Symptome psychischer Erkrankungen als solche zu erkennen und auf sie zu reagieren (Sainsbury et al. 2008; Baer et al. 2011; Baer et al. 2017). Bisweilen werden auch arbeitsplatz- und betriebsbezogene Barrieren thematisiert, wie das Fehlen von Arbeitsplätzen, die für die Rehabilitation zur Verfügung gestellt werden können (Freigang-Bauer und Gröben 2011) oder die Gefahr, dass Arbeitsbedingungen nicht an gesundheitliche Einschränkungen angepasst werden und die Fehlbeanspruchungen durch die Arbeit nach dem Wiedereinstieg einen raschen Rückfall provozieren (St. Arnaud et al. 2007).

In jüngster Zeit wurde die betriebliche Arbeitsintegration vermehrt zum Gegenstand soziologischer Studien, die sich nicht nur für individuelle Faktoren oder die formalen Prozesse des Eingliederungsmanagements interessieren, sondern die betriebliche Arbeitsintegration als soziale Handlungspraxis betrachten, die durch informelle Aushandlungen und Interaktionen und organisationale Rahmenbedingungen im weiteren Sinne geprägt ist. Aus einer solchen Perspektive wird postuliert, dass nicht nur die auf die betriebliche Eingliederung abzielenden formalen Organisationsstrukturen in den Blick genommen werden sollen, sondern dass auch weitere soziale Zusammenhänge wie eine Unternehmenskultur, alltägliche Interaktionen oder betriebliche Routinen einen Einfluss auf das Eingliederungsgeschehen haben (Hergesell und Albrecht 2021).

Für das Gelingen einer betrieblichen Arbeitsintegration sind etwa biografische Dispositionen von Führungskräften, wie auch Faktoren der Unternehmenskultur mitverantwortlich, wie Heike Ohlbrecht et al. (2018) und Bianca Lange (2021) aufzeigen. Nach Ohlbrecht et al. (2018) spielt die Bereitschaft von Führungskräften, sich für die Wiedereingliederung der Betroffenen einzusetzen, eine entscheidende Rolle. Diese ist biografisch verankert und geht mitunter auf eigene Krankheitserfahrungen zurück. Außerdem betont die Studie die Bedeutung einer auf vertrauensvollen Beziehungen aufbauenden Unternehmenskultur.[7] Des Weiteren hängt der Verlauf der betrieblichen Wiedereingliederung gerade

[7] Ohlbrecht et al. (2018) identifizieren darüber hinaus strukturelle Faktoren, wie die finanziellen Ressourcen, die für die Anpassung von Arbeitsplätzen zur Verfügung stehen, oder auch den Arbeitskontext: so lassen sich Wiedereingliederungen im Kontext von Schicht- und Montagearbeit schlecht umsetzen, u. a. aufgrund von Zeitmangel (ebd., S. 161).

bei psychischen Erkrankungen davon ab, ob Ansprüche unterschiedlicher Akteure berücksichtigt und allenfalls entstehende Konflikte bewältigt werden (Windscheid 2019a, b).

2.3.3 Arbeitsintegration und betriebliche Gerechtigkeit

Im Kontext der sozialwissenschaftlichen Return to work-Forschung weisen mehrere Studien darauf hin, dass Fragen der Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung in Betrieben normativ aufgeladen sind. So können Entscheidungen über Eingliederungsmaßnahmen von verschiedenen Akteurinnen hinsichtlich ihrer Gerechtigkeit beurteilt und kritisiert werden. Eine betriebliche Reintegration ist mithin nur möglich, wenn auch die sich stellenden Gerechtigkeitsfragen angegangen werden. Einerseits können die Betroffenen selbst die Maßnahmen zur Eingliederung als ungerecht erleben, zum Beispiel, weil sich ihr beruflicher Status im Zuge der Wiedereingliederung verschlechtert (Windscheid 2019a; Seing et al. 2015). Zudem können sie sich durch Eingliederungsverantwortliche unfair behandelt fühlen (Hepburn et al. 2010), was sich negativ auf ihre Gesundheit und ihre Perspektiven auf eine nachhaltige Arbeitsintegration auswirkt (Corbière et al. 2017; Orchard et al. 2020). Gerechtigkeitsfragen können andererseits auch aus der Perspektive anderer betrieblicher Akteure aufkommen. Beispielsweise können durch Maßnahmen der Wiedereingliederung organisationale oder kulturelle Normen der Reziprozität zwischen den Beschäftigten verletzt erscheinen (Williams-Whitt und Taras 2010).

Betriebe sind demzufolge als soziale Zusammenhänge zu betrachten, die durch informelle Verhaltensnormen und Erwartungen an Gerechtigkeit geprägt sind. Der Umgang mit Kranken und Entscheidungen zur Weiterbeschäftigung und Integration stellen die implizite Gerechtigkeitsordnung in Betrieben auf eine Probe. In der Literatur wird besonders die Bedeutung der Gerechtigkeitswahrnehmungen von Arbeitskolleginnen thematisiert (Dunstan und MacEachen 2014). Maßnahmen, die im Zusammenhang mit gesundheitlichen Einschränkungen getroffen werden, wie z. B. eine Verkürzung der Arbeitszeit, das Erlauben zusätzlicher Pausen usw., können als Verstoß gegen die geltenden Normen der Leistungserbringung wahrgenommen werden. Sie können je nach Arbeitsorganisation auch zu Mehrarbeit für die gesunden Kollegen führen. Der Wunsch, die Arbeitskolleginnen vor der zusätzlichen Belastung zu schützen, kann Betroffene sogar dazu veranlassen, auf eine bestimmte Wiedereingliederungsmaßnahme zu verzichten (Ohlbrecht et al. 2018). Nach Windscheid (2019a) reagieren Kollegen,

die während der Abwesenheit der Betroffenen Mehrarbeit leisten mussten, mitunter irritiert, wenn beim Wiedereinstieg weiterhin andere Regeln und Erwartungen für die Rückkehrenden gelten als für die restliche Belegschaft. Zudem kann das Vorurteil auftauchen, die Betroffenen hätten sich durch Erkrankung und Wiedereingliederung einen Job mit angenehmeren Arbeitsbedingungen verschafft. Anpassungen von Arbeitsaufgaben werden von Kolleginnen insbesondere dann als unfair wahrgenommen, wenn sie nichts oder wenig von den gesundheitlichen Problemen der Betroffenen wissen (Krupa et al. 2009, S. 421). Nach Angela Martin et al. (2018) treten psychische Gesundheitsprobleme oft im Kontext anderer Arbeitsplatzprobleme auf, wie Konflikte, Abwesenheiten, oder Probleme mit der Einhaltung von Arbeitszeiten und sind in der Wahrnehmung der betrieblichen Akteure von diesen kaum zu trennen. Auch dies kann dazu führen, dass Return to Work-Maßnahmen als illegitime Wege der Konfliktlösung oder Bevorzugung erscheinen (Williams-Whitt und Taras 2010, S. 546).

Laut Adrienne Colella (2001, S. 101) ist es zentral für eine gelingende Reintegration, dass Arbeitskolleginnen die Anpassung von Arbeitsaufgaben oder andere Maßnahmen, die den Betroffenen den Wiedereinstieg erleichtern sollen, als gerecht wahrnehmen. Erstens bedarf es für die Umsetzung vieler Eingliederungsmaßnahmen der Kooperation der Kollegen, z. B. wenn Aufgaben getauscht werden. Zweitens können die antizipierten Reaktionen der Kolleginnen die Erwartungen von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen beeinflussen und damit deren Entscheidungen, eine Anpassung zu verlangen. Drittens stellt die Gerechtigkeitswahrnehmung der Kolleginnen einen gewichtigen Faktor in der Entscheidung von Vorgesetzten dar, ob und in welchem Ausmaß sie eine Anpassung der Arbeitsaufgaben ermöglichen. In einem auf empirische Befunde gestützten theoretischen Modell postuliert Colella (2001), dass Arbeitskollegen Anpassungen dann als unfair wahrnehmen, wenn sie den Betroffenen die Arbeit erleichtern und, umgekehrt, ihnen die Arbeit erschweren.[8] Es gibt zwar Hinweise darauf, dass die besonderen Bedürfnisse gesundheitlich eingeschränkter Mitarbeitender im Urteil der Arbeitskolleginnen berücksichtigt werden. Dies gilt jedoch weniger, wenn es sich um eine stigmatisierte oder unsichtbare Erkrankung handelt. Bei psychischen Erkrankungen wäre also damit zu rechnen, dass Anpassungen von Aufgaben und Arbeitsplätzen eher als ungerecht wahrgenommen werden. Colella et al. (2004) haben darüber hinaus ein Modell entwickelt,

[8] Eine experimentelle Studie mit undergraduate Collegestudierenden stützt diese These (Paetzold et al. 2008).

unter welchen Bedingungen der Entscheidungsprozess in den Augen von Kollegen als fair erscheint. Auch hier spielt die Sichtbarkeit der Erkrankung eine Rolle.

Besteht die Gefahr, dass Eingliederungsmaßnahmen als ungerecht wahrgenommen werden, ergibt sich für Vorgesetzte das Dilemma, einerseits auf die Bedürfnisse der gesundheitlich eingeschränkten Mitarbeitenden eingehen und andererseits den Eindruck einer Bevorzugung verhindern zu wollen. Auch für die Betroffenen führt dies zu Handlungs- und Legitimationsdruck (Charmaz 2010, S. 267; Kirsh et al. 2016). Nach Windscheid (2019a) definieren Vorgesetzte die Wiedereingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter oft zu dem Zeitpunkt als abgeschlossen, ab dem sie wieder ihr früheres Arbeitspensum bewältigen. Dies setzt die betroffenen Beschäftigten unter Druck, sich wieder an den Leistungsvorgaben für gesunde Mitarbeitende zu orientieren. Gerade wenn keine äußerlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mehr wahrnehmbar sind, werden sie auch von ihrem Umfeld an diesen Leistungsvorgaben gemessen (Vossen et al. 2017; Gonon 2019), was den Druck erhöht, möglichst schnell wieder den Produktivitätsnormen zu entsprechen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Prozess der Wiedereingliederung und seine Durchführbarkeit von den Wahrnehmungen und Bewertungen betrieblicher Akteurinnen abhängen. Entscheidend ist, wie diese die Angemessenheit von Eingliederungsmaßnahmen beurteilen und aushandeln. Aus dem Forschungsstand geht zudem hervor, dass die Frage der Eingliederung und Weiterbeschäftigung in Betrieben normativ stark aufgeladen ist: Betroffene können bestimmte Maßnahmen zur Weiterbeschäftigung im Namen einer gerechten Behandlung einfordern und das Arbeitsumfeld kann getroffene Maßnahmen umgekehrt als ungerechte Bevorzugung kritisieren.

2.3.4 Psychische Erkrankungen als Stigma

Die in den dargestellten Befunden der Return work-Forschung häufig erwähnte Eigenheit psychischer Erkrankungen, für das Umfeld nicht an äußerlichen Symptomen wahrnehmbar zu sein, wurde in der Stigma-Forschung in ihren sozialen Implikationen untersucht. So gilt das Stigma, das mit psychischen Erkrankungen verbunden wird, als eine Hauptbarriere der Inklusion (Krupa et al. 2009, S. 413). Unter anderem erschwert die Angst vor Stigmatisierung die Thematisierung psychischer Leiden am Arbeitsplatz. Damit zusammenhängend kommt es leicht zu falschen Interpretationen der Symptome psychischer Erkrankungen durch das betriebliche Umfeld der Betroffenen, z. B. Vorgesetzte oder Arbeitskolleginnen.

Erving Goffman (2012[1967], S. 11) definierte den Terminus Stigma als eine „besondere Diskrepanz zwischen virtualer und aktualer sozialer Identität“. Ein Individuum entspricht bezüglich seiner Eigenschaften und Attribute nicht den Erwartungen, die andere Personen aufgrund der gesellschaftlichen Kategorie, in die sie es einordnen, an es richten. Vielmehr weist es Attribute auf, die negativ besetzt sind. Ein Stigma bedeutet, „in unerwünschter Weise anders [zu sein], als wir es antizipiert hatten“ (ebd., S. 13). Goffman unterscheidet zwischen negativ besetzten Attributen, die in sozialen Interaktionen direkt ersichtlich sind und ihre Träger „diskreditieren“ und solchen, die nicht direkt wahrnehmbar sind, ihre Trägerinnen aber durch die Möglichkeit der Aufdeckung zu „Diskreditierbaren“ machen. Da die meisten psychischen Erkrankungen nicht an eindeutigen äußerlichen Zeichen erkennbar sind, fallen sie in die zweite Kategorie. Für die Betroffenen stellt sich somit das Problem, ob und inwiefern sie ihre Erkrankung in sozialen Interaktionen geheim halten sollen und wann es angebracht sein kann, sie offenzulegen. Als verdeckbare soziale Identität beeinflussen psychische Erkrankungen, wie Betroffene ihren Arbeitsplatz wahrnehmen und wie sie Interaktionen in der Arbeit gestalten (Follmer und Jones 2018, S. 328 f.).

Terry Krupa et al. (2009) verstehen unter Stigmatisierung die gesellschaftliche Neigung, diskriminierend auf Personen mit psychischen Erkrankungen zu reagieren. Stigmatisierung, etwa durch exkludierende Praktiken, ist auch dann wirksam, wenn die Erkrankung vom betrieblichen Umfeld nicht bewusst wahrgenommen wird. Stigmatisierung wirkt sich negativ auf die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz aus und kann dazu führen, dass die Betroffenen ihre Arbeitsaufgaben nicht mehr richtig ausführen können. Laut Krupa et al. (2009, S. 418) bestehen drei negative Stereotypen in Bezug auf psychisch Erkrankte. Erstens wird unterstellt, dass sie die Leistungsanforderungen und sozialen Normen ihres Arbeitsplatzes nicht erfüllen können. Gerade bei Arbeitgeberinnen kann dieser Stereotyp negative Vorbehalte verstärken (ebd., S. 420). Zur Typisierung psychisch erkrankter Beschäftigter als unproduktiv tragen, wie verschiedene Studien belegen, nicht zuletzt betriebliche Diskurse bei (Zanoni 2011; Jammaers et al. 2016). Wie Laura Dobusch (2014) zeigt werden Mitarbeiterinnen mit psychischen oder geistigen Behinderungen in Praktiken des Diversity-Managements diskursiv als weniger „inklusionsfähig“ konstruiert als solche mit körperlichen Einschränkungen. Ein zweiter negativer Stereotyp gegenüber psychisch Erkrankten betrifft nach Krupa et al. (2009) die Annahme, dass sie potenziell gefährlich sind und ein dritter, dass ihre Erkrankung illegitim sei.

Wie Stephan Voswinkel (2017b) festhält, sind Beschäftigte, die an psychischen Erkrankungen leiden, eigentlich von zwei Stigmata betroffen, zwischen denen sie sich entscheiden müssen. Zum einen stehen sie unter dem Verdacht,

ihre Erkrankung sei nicht authentisch: ihnen wird unterstellt, dass sie simulieren oder überempfindlich sind. Was dabei nach Voswinkel eigentlich stigmatisiert ist, ist die Simulation. Diesem Stigma können die Betroffenen entkommen, wenn sie ihre Erkrankung ärztlich diagnostizieren und damit bestätigen lassen. Die Diagnose einer psychischen Störung ist aber ihrerseits mit einem Stigma behaftet. Das Stigma einer psychiatrischen Diagnose ist Voswinkel (2017b, S. 102 f.) zufolge deshalb besonders stark, weil die Störungen unmittelbar die Person zu betreffen scheinen und auch nach einer „Heilung" weiterhin ihre soziale Identität dominieren.

Zum Umgang der Betroffenen mit dem verdeckbaren Stigma einer psychischen Erkrankung am Arbeitsplatz liegen einige soziologische Studien vor. Viele Studien fokussieren auf die Frage, wie die Betroffenen mit der Diskreditierbarkeit umgehen und unter welchen Bedingungen sie ihre Erkrankung am Arbeitsplatz kommunizieren. Der Frage der Offenlegung vorgelagert ist die Selbstwahrnehmung der Betroffenen, also ob sie sich überhaupt selbst als krank wahrnehmen und medizinische Hilfe suchen (Irvine 2011a). Kommt es zur Diagnose einer Erkrankung, ist die Entscheidung bezüglich Offenlegung besonders schwierig, wenn es sich um eine Krankheit handelt, bei der man nicht krank aussieht (Charmaz 2010). Nach Kate Toth und Carolyn Dewa (2014) entscheiden sich Beschäftigte, denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, zunächst oft gegen eine Offenlegung am Arbeitsplatz, um zu vermeiden, dass sie als inkompetent erscheinen, um eine langfristige Beschädigung ihrer sozialen Identität im Unternehmen zu verhindern und weil sie fürchten, ihre Stelle zu verlieren. Entscheidet sich eine Mitarbeiterin dennoch zur Offenlegung, hat dies in der Regel einen konkreten Auslöser, wie etwa, dass sich die Erkrankung negativ auf Kolleginnen auswirkt oder dass sie ihre Arbeitsaufgaben nicht mehr richtig erledigen kann. Nach Kathy Charmaz (2010) ist der Bedarf nach Anpassung von Arbeitsaufgaben eines der wichtigsten Motive für die Offenlegung von Erkrankungen am Arbeitsplatz. Toth und Dewa benennen außerdem Bedingungen, die die Entscheidung für die Offenlegung begünstigen: dazu gehören Vertrauen zum Arbeitgeber und ein Gefühl der Arbeitsplatzsicherheit. Wie Charmaz (2010) festhält, können Offenlegungen auch nur teilweise und selektiv erfolgen, d. h. nur gegenüber bestimmten Personen und bezüglich ausgewählter Aspekte der Krankheit oder Diagnose. So werden psychische Erkrankungen oft nur den Vorgesetzten, nicht aber dem restlichen betrieblichen Umfeld kommuniziert (Jones 2011). Ein Motiv für ihre Offenlegung gegenüber Kolleginnen kann jedoch auch sein, dass man soziale Beziehungen stärken (Toth und Dewa 2014) oder die Akzeptanz der Kollegen gewinnen will (Charmaz 2010).

Die Entscheidung für oder gegen eine Offenlegung wirkt sich darauf aus, wie andere betriebliche Akteurinnen die Betroffenen wahrnehmen und welche Maßnahmen im Betrieb getroffen werden. Wird die Erkrankung nicht offengelegt, können keine offiziellen Anpassungen von Arbeitsaufgaben erfolgen und die Betroffenen sind stärker vom Wohlwollen der verantwortlichen Führungskräfte abhängig, falls sie Erwartungen an Leistung und Verhalten nicht erfüllen (Le Roy-Hatala 2009, S. 45).

Dazu, wie Vorgesetzte und Kolleginnen psychische Erkrankungen wahrnehmen, liegt relativ wenig Forschung vor. Nach einer Studie von Baer et al. (2011) werden die Symptome psychischer Erkrankungen von Führungskräften häufig falsch interpretiert und als Leistungsversagen oder Fehlverhalten eingeordnet. Vorgesetzte nehmen psychische Gesundheitsprobleme vorwiegend als Produktivitätsprobleme wahr (Jansson und Gunarsson 2018) oder erleben sie auf der Beziehungsebene als problematisch. Nach Claire Le Roy-Hatala (2009) führt eine psychische Erkrankung zu einem „Bruch" in der Beziehung der betroffenen Arbeitnehmerin zum Betrieb. Eine tragfähige persönliche Beziehung zwischen Vorgesetzen und erkrankten Mitarbeitenden gilt indes als wichtige Grundlage für die Bereitschaft zur Wiedereingliederung (Dujin und Maresca 2010; Williams-Whitt und Taras 2010).

Einige wenige Studien befassen sich auch mit der Frage, wie Betroffene mit der Stigmatisierung umgehen, nachdem sie ihre Krankheit offengelegt haben, wenn sie also, mit Goffman gesprochen, zur Kategorie der „Diskreditierten" gehören. Hadar Elraz (2018) zufolge entwickeln manche Betroffene positive Strategien der Identitätskonstruktion und deuten ihre psychische Erkrankung als Erfahrung, durch die sie wertvolle Fähigkeiten und Einsichten erlangt haben, von denen sie in der Arbeit und anderen Lebensbereichen profitieren können. Einen „Gewinn" aus der Erkrankung ziehen auch diejenigen Betroffenen, die nach Voswinkel (2017b) eine Strategie der „Selbststigmatisierung" verfolgen: sie sehen sich als Opfer widriger Arbeitsbedingungen und Umstände und verstehen diese Erfahrung als wichtigen Bestandteil ihrer Identität, der zur Aufwertung ihrer Person beiträgt. Voswinkel bezeichnet diese Strategie deshalb auch als Charismatisierung. Davon zu unterscheiden ist die Strategie der Normalisierung, die darin besteht, die psychische Erkrankung als Krankheit wie jede andere zu behandeln. Die wenigen Studien, die zu dem Thema existieren, weisen darauf hin, dass die Arbeit an der eigenen Identität für psychisch erkrankte Beschäftigte auch nach dem beruflichen Wiedereinstieg relevant bleibt. Nach Lineke Hal et al. (2012) wäre dies in der Praxis der beruflichen Eingliederung stärker zu berücksichtigen, die oftmals zu einseitig auf berufliche Fähigkeiten und die Wiederherstellung der Produktivität der Betroffenen fokussiert ist.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen die Arbeitsmarktinklusion Betroffener erstens dadurch erschweren kann, dass sie ihre Krankheit nicht offenlegen und daher keine unterstützenden Maßnahmen erhalten können. Zweitens kann dies dazu führen, dass es zu einer falschen Interpretation der Krankheitssymptome durch das Umfeld kommt. Anstatt Maßnahmen des Arbeitsplatzerhalts zu treffen, greifen Vorgesetzte deshalb mitunter auf Sanktionen zurück oder erwägen eine Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Die Stigma-Forschung macht damit auf soziale Prozesse der Interpretation, Zuschreibung und Identifikation aufmerksam, die für die Erklärung der erschwerten Arbeitsmarktintegration psychisch Erkrankter zentral sind.

2.4 Zusammenfassung, Forschungsdesiderate und Fragestellung

Gleichzeitig mit der Wende zu einer „aktivierenden" Sozialpolitik stieg in OECD-Ländern, so auch der Schweiz, die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit an. Während die Zahl der Menschen anwuchs, die aufgrund psychischer Gesundheitsprobleme in ihrer Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sind, vollzog sich ein ideologischer Wandel der Sozialpolitik, der Eigeninitiative und selbstverantwortliche Existenzsicherung zur primären Maxime der Wohlfahrtsproduktion erhob. Zeitgleich wurde der Zugang zu Erwerbsunfähigkeitsrenten eingeschränkt. Personen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, sollen sich mit dieser ideologischen Neuausrichtung stärker um eine Beteiligung am ersten Arbeitsmarkt bemühen und dürfen weniger mit materieller Unterstützung in der Form von Sozialtransfers rechnen.

Ob die Teilhabe am Arbeitsmarkt gelingt, ist durch den Sozialstaat wie auch die Betroffenen aber nur bedingt beeinflussbar, denn die Integration in den Arbeitsmarkt ist primär eine Frage der Arbeitswelt. Die historischen, gesellschaftlichen und betrieblichen Formen der Arbeitsorganisation legen den (begrenzten) Möglichkeitsraum für gesundheitlich eingeschränkte Menschen fest, an der Erwerbsarbeit zu partizipieren. Die zeitgenössische „post-fordistische" Arbeitswelt, die unter anderem durch eine Intensivierung des Zeit- und Leistungsdrucks charakterisiert ist, steht im Verdacht, über ein geringes Inklusionspotenzial zu verfügen (Foster und Wass 2013) und wenig Raum für die Thematisierung krankheitsbedingter Leistungseinschränkungen zuzugestehen (Kocyba und Voswinkel 2007).

Die stärkere Gewichtung der eigenverantwortlichen Existenzsicherung durch Erwerbsarbeit setzt voraus, dass Unternehmen Personen mit psychisch bedingten

gesundheitlichen Einschränkungen anstellen oder nach einer Phase der Erkrankung weiterbeschäftigen. In Großunternehmen sind seit den 1990er Jahren zwar Initiativen zur Gesundheitsförderung und Wiedereingliederung entstanden. Die Forschung zeigt, dass sich diese jedoch vor allem darauf ausrichten, die individuellen Anpassungsstrategien der Beschäftigten zu optimieren und zur Reduktion von krankheitsbedingten Kosten beizutragen.

Die vorliegende Studie geht von der Annahme aus, dass die Erforschung der Bedingungen der Arbeitsintegration für psychisch erkrankte Beschäftigte nicht nur eine Auseinandersetzung mit den spezifischen Eingliederungsprogrammen des betrieblichen Gesundheitsmanagements erfordert. Vielmehr ist die berufliche Wiedereingliederung als alltäglicher sozialer Prozess zu analysieren, der durch die Interpretationen, Handlungsanliegen und Interaktionen der beteiligten Akteurinnen geprägt wird, wie auch durch betriebliche Routinen, Organisationsstrukturen und Institutionen. Die Möglichkeiten der Teilhabe hängen außerdem von den Strategien des Personaleinsatzes und den Formen und Praktiken der Arbeitsorganisation ab. In der bisherigen Forschung zur betrieblichen Wiedereingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter wurden diese Aspekte bisher selten berücksichtigt. Insgesamt fehlt es an Forschung, die offen danach fragt, wie Betriebe mit psychisch eingeschränkter Arbeitsunfähigkeit umgehen, welche Akteurinnen darauf einen Einfluss haben und um was für eine Art von „Problem" es sich aus deren Perspektive handelt.

Eine erschwerende Rolle bei der Arbeitsintegration spielt gemäß Forschungsstand die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Weil psychische Erkrankungen selten offen thematisiert werden, nehmen die betriebliche Akteure sie unter Umständen nicht als Krankheiten wahr. Dies kann dazu führen, dass die Betroffenen sanktioniert werden. Unter dem Begriff Stigma werden in der Regel negative Stereotypisierungen verstanden. Inklusionsbarrieren lassen sich jedoch nicht allein auf negative Vorurteile und Diskriminierung zurückführen (Russell 2010). Vielmehr gibt es weitere komplexe soziale und betriebliche Zusammenhänge, die für die erschwerte Reintegration bedeutsam sind, wie zum Beispiel spezifische Arbeitsanforderungen, die für Beschäftigte mit psychischen Gesundheitsproblemen besonders belastend sind. Relevant in Bezug auf psychische Erkrankungen erscheint zudem die Erkenntnis, dass die Wiedereingliederung gesundheitlich eingeschränkter Mitarbeitender in einem Betrieb Gerechtigkeitsfragen aufwirft. Aufgrund der Tendenz der Betroffenen, Erkrankungen so lange wie möglich für sich zu behalten, sind Fehlinterpretationen der Symptome durch das Umfeld erwartbar. Damit ist es bei psychischen Erkrankungen auch besonders zu erwarten, dass Kolleginnen und Führungskräfte Eingliederungsmaßnahmen als ungerecht bzw. unangemessen wahrnehmen.

Ausgehend von den Überlegungen in diesem Kapitel lassen sich drei Forschungsdesiderate benennen:

a) Die Forschung zur betrieblichen Wiedereingliederung psychisch Erkrankter berücksichtigt bisher nur selten, dass betriebliche Prozesse der Wiedereingliederung nicht nur von der Organisation des Eingliederungsmanagements im engeren Sinn abhängen, sondern auch durch Akteurinnen, Organisationsstrukturen und betriebliche Eigenlogiken beeinflusst werden, die nicht zum Eingliederungsmanagement gehören. Als Akteure sind hier z. B. die Arbeitskollegen sowie weiter entfernte Führungskräfte zu nennen, als Organisationsstrukturen die allgemeine betriebliche Personal- und Produktionsplanung durch das Management.
b) Zudem berücksichtigt die Forschung zur betrieblichen Arbeitsintegration psychisch Erkrankter nur am Rande, dass formale Organisationsstrukturen die Praxis der Wiedereingliederung nicht vollständig determinieren, sondern dass diese durch die betrieblichen Akteurinnen im alltäglichen Handeln interpretiert werden müssen. Prozesse der Wiedereingliederung sind durch Deutungen, Interaktionen und Aushandlungen der beteiligten Akteure geprägt.
c) Darüber hinaus reflektiert die Forschung zu wenig, dass das Potential zur Integration abhängig von tätigkeits- oder branchenspezifischen Bedingungen der Arbeitsorganisation variiert, wie ich in Abschn. 2.2 ausgehend von den Disability Studies ausgeführt habe. Die Bedeutung von Arbeitsbedingungen müsste in der Forschung zur Arbeitsintegration stärker berücksichtigt werden. Zu achten wäre insbesondere auf die thematisierten Merkmale, die die Beschäftigung gesundheitlich eingeschränkter Menschen erleichtern bzw. erschweren können: die Möglichkeit, nach selbstbestimmten Zeiten, Rhythmen und Geschwindigkeiten zu arbeiten, die Standardisierung von Stellenprofilen, die Vielfalt unterschiedlicher Anforderungsprofile, die Komplexität einzelner Stellenprofile, die Möglichkeit am Arbeitsplatz Unterstützung zu erhalten, sowie die soziale Bewertung gesundheitlicher Einschränkungen im Arbeitsumfeld.

In der vorliegenden Studie sollen diese drei Punkte Beachtung erhalten. In der Annahme, dass Deutungsprozesse und Aushandlungen für das Zustandekommen von Beschäftigungsentscheidungen in Unternehmen eine wichtige Rolle spielen, nimmt die Studie folgenden Fokus ein: Analysiert werden Deutungen und Argumentationen in Bezug auf die Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung psychisch erkrankter Beschäftigter. Zudem fokussiert die Studie darauf, wie Wiedereingliederungen psychisch erkrankter Beschäftigter praktisch umgesetzt werden. Die alltäglichen Prozesse der Deutung, Aushandlung und Umsetzung von

Wiedereingliederungsverfahren sollen im Kontext relevanter Organisationsstrukturen, betrieblicher Rationalitäten und der Bedingungen der jeweiligen Formen der Arbeitsorganisation reflektiert werden.

Folgende Fragestellung steht im Fokus: *Wie deuten betriebliche Akteure eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit, wie einigen sie sich auf Handlungen zur Wiedereingliederung oder ggf. zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses und wie begründen sie diesbezügliche Entscheidungen?* In der Annahme, dass Beschäftigungsentscheidungen zumindest teilweise informell ausgehandelt werden und auf den Interpretationen der Akteurinnen beruhen, bezieht sich die Fragestellung auf die Aushandlungsdynamiken zwischen den verschiedenen involvierten Akteuren und die typischen Fragen und Probleme, die sich ihnen im Deutungs- und Aushandlungsprozess stellen.

Dabei soll beleuchtet werden, ob und inwiefern sich Deutungsprozesse und Verläufe von Wiedereingliederungen je nach Organisationsstrukturen und Arbeitsbedingungen unterschiedlich gestalten. Ein spezieller Fokus der Studie liegt somit auf der folgenden Frage: *Inwiefern wirken sich organisationale Bedingungen und spezifische Formen der Arbeitsorganisation auf den Deutungsprozess und die Aushandlung von Wiedereingliederungsaktivitäten aus?*

Ausgehend von der Annahme, dass sich Gerechtigkeitsfragen bei psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit besonders ausgeprägt stellen, lautet eine weitere Fragestellung: *Welche Rolle spielt Kritik bezüglich der Gerechtigkeit von Entscheidungen und Maßnahmen im Prozess der Wiedereingliederung?*

In einem nächsten Schritt geht es darum, den Forschungsgegenstand und die Fragestellung theoretisch zu schärfen. Zu diesem Zweck wird die Soziologie der Konventionen als theoretischer Rahmen herangezogen.



3 Die Soziologie der Konventionen

Im Feld der Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung gesundheitlich eingeschränkter Arbeitskräfte gibt es bislang keine etablierten soziologischen Theorieperspektiven (vgl. auch Hanisch und Solvang 2019). Um den Forschungsgegenstand theoretisch zu schärfen, greife ich in der vorliegenden Studie auf die Soziologie der Konventionen zurück. Wie ich im Folgenden argumentiere, stellt diese Theorie für die Fragestellung der Studie aus mehreren Gründen eine gewinnbringende theoretische Perspektive dar. Erstens bietet sie ein differenziertes begriffliches Instrumentarium für die Analyse von Deutungs- und Entscheidungsprozessen und der Koordination innerhalb von Organisationen. Als „pragmatischer Institutionalismus" (Diaz-Bone 2018) berücksichtigt die Soziologie der Konventionen sowohl das Handeln der Akteurinnen als auch die Institutionen, die dieses mitstrukturieren. Zweitens erlaubt der Ansatz, die Einbettung der Arbeitsintegration in wirtschaftliche und institutionelle Logiken in den Blick zu nehmen. Die Soziologie der Konventionen betont den Aspekt der Kognition in Deutungs- und Koordinationsprozessen. Die Kognition siedelt sie aber nicht auf der individuellen, sondern auf einer kollektiven Ebene an, erlaubt also den individualisierenden Fokus der bisherigen Forschung zur betrieblichen Arbeitsintegration zu überwinden. Mit der Prämisse, dass soziale Kognition stets auch eine normative Dimension besitzt, erlaubt der Ansatz drittens, die normativen Aspekte von Wiedereingliederungsprozessen und Beschäftigungsentscheidungen analytisch aufzuschlüsseln. Hier erweist sich insbesondere das Modell der Rechtfertigungsordnungen nach Boltanski und Thévenot als aufschlussreich für die Studie (vgl. Abschn. 3.3).

Beschäftigung und Beschäftigungsentscheidungen sind ein traditioneller Forschungsgegenstand in der Soziologie der Konventionen und wurden vor allem im Feld der Rekrutierung untersucht. Nach der Soziologie der Konventionen beruht die Evaluation von Bewerberinnen durch Arbeitgeber nicht auf einer Messung

A. Gonon, *Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit*, Soziologie der Konventionen,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41117-6_3

„objektiver" Kompetenzen. Vielmehr postuliert die Soziologie der Konventionen, dass die „Qualität" von Kandidatinnen erst durch den Rekrutierungs- und Selektionsprozess sowie die verwendeten Instrumente und Beurteilungsverfahren hervorgebracht wird (Eymard-Duvernay und Marchal 1997; Marchal und Rieucau 2010; Larquier 2016) und durch plurale Bewertungskriterien geprägt ist (Eymard -Duvernay 2008, S. 55). Die Prämisse einer Pluralität an Bewertungs- und Entscheidungskriterien, an denen sich betriebliche Akteure orientieren, macht die Soziologie der Konventionen auch für die Erforschung betrieblicher Wiedereingliederungen und damit verbundener Entscheidungen über die weitere Beschäftigung der Betroffenen attraktiv. Es ist nämlich davon auszugehen, dass Entscheidungen über die betriebliche Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung auf der Grundlage *unterschiedlicher Wertkriterien* getroffen werden können.

Ein entscheidendes Merkmal der Soziologie der Konventionen liegt in ihrer Distanzierung von der Prämisse eines *homo oeconomicus* und von der Annahme, das Kalkül rationaler Akteure sei als Grundlage des Handelns zu betrachten. Demgegenüber geht sie von der *Pluralität* möglicher Koordinations- und Interpretationslogiken in jeder sozialen Situation aus. Die Soziologie der Konventionen vertritt damit eine „offenere Konzeption des Handelns", sie betont seinen ungewissen Charakter und die kognitiven sowie evaluativen Fähigkeiten der Handelnden (Diaz-Bone und Thévenot 2010, Abs. 2). Als theoretische Einflüsse gelten der amerikanische Pragmatismus, die Ethnomethodologie und der Symbolische Interaktionismus (Cloutier und Langley 2013, S. 364; Jagd 2011, S. 345), die Actor-Network-Theory und die ethnographische Wissenschaftssoziologie (Social Studies of Science) (Diaz-Bone 2018).

Die Soziologie der Konventionen zeichnet sich durch eine transdisziplinäre Perspektive aus. Sie entstand in den 1980ern in Frankreich als sozialwissenschaftlicher Forschungsansatz, an dessen Entwicklung verschiedene Forschergruppen beteiligt waren (Diaz-Bone 2018, S. 8), vorwiegend aus den Wirtschaftswissenschaften, aber auch aus der politischen Philosophie und Soziologie. Sie etablierte sich zunächst unter der Bezeichnung *Économie des conventions* (EC). Mittlerweile ist auch die Bezeichnung *Soziologie der Konventionen* geläufig. Seit ihrer Entstehung wurde die EC in verschiedenen Forschungszusammenhängen weiterentwickelt und auf neue Felder angewendet. Sie stellt weder ein in sich „kohärentes Konzeptsystem" dar (Diaz-Bone 2018, S. 7 f.), noch eine abgeschlossene Theorie (Knoll 2015, S. 9).

Im Folgenden erläutere ich zunächst das Konzept der Konvention und lege dar, inwiefern sich die EC zur Analyse von Deutungs- und Koordinationsprozessen

in Unternehmen eignet. Dabei gehe ich auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede mit dem Symbolischen Interaktionismus und der Ethnomethodologie ein (Abschn. 3.1). Eine Darstellung der Grundbegriffe und des methodologischen Standpunkts der EC folgt in Abschn. 3.2. In Abschn. 3.3 stelle ich das Modell der Rechtfertigungsordnungen vor und präsentiere in Abschn. 3.4 konventionentheoretische Literatur, die sich auf das Themenfeld der beruflichen Eingliederung bezieht. In Abschn. 3.5 erfolgt eine Formulierung der Fragestellung in Begriffen der Theorie.

3.1 Konventionen als Ressourcen der Deutung und Koordination

Die Soziologie der Konventionen geht vom (wirtschafts-)soziologischen Grundproblem aus, dass Handeln unter der Bedingung von Unsicherheit stattfindet. Unsicherheit besteht bezüglich des Handelns und der Erwartungen anderer, wie auch bezüglich der Frage einer gelingenden Kooperation und der Bewertung der Qualitäten von Personen und Objekten sowie wirtschaftlichen Gütern und Dienstleistungen (Diaz-Bone 2009a, S. 177). Konventionen sind *interpretative Rahmen,* die von den Akteurinnen herangezogen werden, um mit dieser Unsicherheit umzugehen. Sie stellen „Sinnschemata" und „Handlungslogiken" bereit (ebenda), dienen als Orientierungshilfen und ermöglichen den Akteuren, die Koordination und Bewertung zu bewerkstelligen. „Konventionen sind damit kollektiv etablierte kulturelle Formen dessen, wie koordiniert und wie evaluiert wird." (Diaz-Bone und Thévenot 2010, Abs. 10) Neben ihrer Rolle als Koordinations- und Interpretationslogiken zeichnen sich Konventionen durch einen Gemeinwohlbezug aus und beziehen sich auf Rechtfertigungs- und Wertigkeitsordnungen (Diaz-Bone 2009b, S. 239 f.; vgl. Abschn. 3.3).

Als Theorie der kollektiven Kognition, deren Grundbegriff, die Konvention, sich auf interpretative Rahmen bezieht, eignet sich die Soziologie der Konventionen für die Analyse von Deutungs- und Koordinationsprozessen. Nach Nicolas Dodier (2011, S. 70) geht es um die „Formen der Abstimmung" sozialer Akteurinnen untereinander, sowie um die zur Verfügung stehenden Ressourcen, die zur Bildung einer „Gemeinsamkeit der Perspektiven" beitragen können und es ermöglichen, Handlungen zu koordinieren. Ähnlich wie die Ethnomethodologie und der Symbolische Interaktionismus schenkt die Soziologie der Konventionen der Handlungssituation, der Phänomenologie des Handelns und der Urteilsfähigkeit der Akteure Beachtung (Diaz-Bone und Thévenot 2010, Abs. 2). Peter Wagner fasst dies folgendermaßen zusammen:

> Im Mittelpunkt stehen […] die *Situation* in ihrer Zeitlichkeit, die *Ungewißheit* des Einzelnen bezüglich der Identifikation der Situation und der *interpretative Aufwand,* die Situation mit anderen als eine gemeinsame zu bestimmen. (Wagner 1993, S. 466, Hervorhebungen i. O.)

Die Soziologie der Konventionen teilt Grundannahmen mit dem Symbolischen Interaktionismus, dessen erste Prämisse darin besteht, dass sich Bedeutung aus der sozialen Interaktion ergibt: „meaning arises in the process of interaction between people" (Blumer 1969, S. 4). Auch Konventionen sind als Produkte sozialen Handelns zu verstehen und emergieren aus Interaktionen, wenn sich bestimmte Lösungen für Koordinationsprobleme in der beständigen Wiederholung bewähren und Teil von Handlungsroutinen werden. Sie werden so zu intersubjektiven Realitäten und können sich als „dauerhafte Prinzipien der Strukturierung" verfestigen (Diaz-Bone 2009, S. 238) – jedoch ohne das Handeln zu determinieren. Gleichzeitig unterliegen sie in der praktischen Anwendung einer kontinuierlichen Neuinterpretation durch die Akteurinnen. Auch dieser Annahme entspricht eine Prämisse des Symbolischen Interaktionismus: „the use of meaning occurs through a process of interpretation" (Blumer 1969, S. 5). Konventionen werden in Situationen durch die Akteurinnen zwar bereits als existent unterstellt, bevor die Koordination erfolgt, jedoch erst in der gelingenden Koordination performativ vollzogen (Diaz-Bone 2009a, S. 178).

> Indem sie eine Konvention mobilisieren, verfolgen die Akteure die Perspektive – und erzielen meistens das Ergebnis – einen Rahmen des Wissens und Handelns zu setzen, eine Welt, von der sie in diesem Stadium der Handlung annehmen können, dass die anderen sie kennen. (Salais 2007, S. 97)

Über die Annahmen der Ethnomethodologie und des Symbolischen Interaktionismus hinaus geht die EC davon aus, dass es Konventionen unterschiedlicher Reichweite gibt, von denen einige den Rahmen lokaler Interaktionen und sozialer Gruppen überschreiten. Nach Dodier (2011, S. 70 f.) liegt die zusätzliche Erklärungskraft gegenüber der Ethnomethodologie darin, dass sie nicht nur nach den innerhalb von Interaktionen unmittelbar stattfindenden Abstimmungsprozessen der Akteure im Handlungsvollzug fragt, sondern auch nach Koordinationsmodellen mit einer größeren Reichweite. Die Ressourcen zur Abstimmung der Perspektiven, die in der EC im Fokus stehen, gehen auch über das hinaus, was im Symbolischen Interaktionismus mit dem Konzept der *social worlds* (Strauss 1978) bezeichnet wird, also Deutungsrahmen, die von sozialen Gruppen getragen werden.

Stärker als die Ethnomethodologie und der Symbolische Interaktionismus betont die EC darüber hinaus die Bedeutung von materiellen Objekten und kognitiven Kategorien, wie Klassifikationssystemen, Regeln und Standards für die kollektive Koordination und Interpretation (vgl. Abschn. 3.2). Durch diesen Objektbezug unterscheidet sich das Konzept der Konvention auch vom Begriff des Rahmens im Sinne Erving Goffmans, mit dem es aufgrund der Eigenschaft als Stütze für die Interpretation und das Handeln ebenfalls verglichen wird (Diaz-Bone und Thévenot 2010, Abs. 10). Im Gegensatz zu Rahmen werden Konventionen durch materielle Objekte und etablierte Kategoriensysteme gestützt und erhalten durch diese eine gewisse Stabilität, die dazu beiträgt, dass sie eine über Interaktionssituationen und soziale Gruppen hinausgehende Reichweite erlangen können.

Die konventionentheoretische Perspektive bietet also für die Analyse von kollektiven Deutungs- und Entscheidungsprozessen in Organisationen den Vorteil, dass sie den Blick auf Ressourcen *unterschiedlicher Reichweite* lenkt, die für die Interpretation und Koordination zur Verfügung stehen: solche, die kulturell verankert sind, wie auch solche, die lokal verfügbar oder auf den Rahmen der Interaktion beschränkt sind. Die Soziologie der Konventionen lenkt den Blick zudem auf die Bedeutung der materiellen und immateriellen Infrastruktur für die Interpretation und Koordination und erlaubt so, die Rolle der institutionellen Strukturen für das Interpretieren und Handeln gezielt zu berücksichtigen.

3.2 Grundbegriffe und methodologischer Standpunkt der EC

Wie aus den bisherigen Ausführungen bereits deutlich wurde, sind Konventionen nach dem Verständnis der EC von einem Begriff zu unterscheiden, der diese als Brauch, Sitte oder Gewohnheit auffasst. Konventionen sind „nicht einfach nur Regeln oder Regelmäßigkeiten“ (Diaz-Bone 2009a, S. 178). Sie enthalten zwar Regeln, aber auch Metaregeln, d. h. Regeln über die Anwendung dieser Regeln. In Anlehnung an Michael Storper und Robert Salais (1997, S. 16 f.) beschreibt Diaz-Bone (2009a, S. 178) Konventionen als Hypothesen:

> [Konventionen] stellen aus der Sicht der Akteure so etwas wie Hypothesen dar für die Interpretation von weiteren Situationen sowie von Erwartungen und Handlungen Dritter. Als Hypothesen müssen sie zum einen im kollektiven Handeln erst gehandhabt, d. h. angepasst und umgesetzt werden, zum anderen müssen sie sich bewähren, d. h. sie müssen die Ziel-/Mitteldefinition und die kollektive Zielerreichung in Situationen leisten […].

Im Unterschied zum Begriff der Regel betont das Konzept der Konvention deren hypothetischen, tentativen Charakter: Konventionen können von den Akteuren überprüft und verworfen, durch andere Konventionen ersetzt oder neuinterpretiert werden.

Eine zentrale Annahme der Soziologie der Konventionen besteht darin, dass jede Situation durch eine *Pluralität* möglicher Handlungs- und Interpretationslogiken charakterisiert ist, zwischen denen die Akteurinnen sich entscheiden müssen. In jeder Situation steht demnach eine Mehrzahl an Konventionen zur Verfügung, nach denen die Koordination erfolgen kann (Diaz-Bone 2009b, S. 240). Diese Konventionen stehen stets in einer latenten Konkurrenz und können zu einem Konflikt zwischen den Akteuren führen, welche Konvention angemessen ist. Gerade im wirtschaftlichen Alltag treten Konventionen und die durch sie implizierten Werteordnungen nie allein auf (Thévenot 2001a; Knoll 2012, S. 70 f.).

Akteurinnen gelten in der Soziologie der Konventionen als kompetent, die Vielfalt an möglichen Handlungs- und Interpretationslogiken zu reflektieren. Als wichtiges Element des konventionentheoretischen Ansatzes ist das spezifische *Akteursmodell* zu benennen. Konventionen sind nicht als individuelle Dispositionen der Akteurinnen zu verstehen. Vielmehr sind sie in der Situation und dem Handeln angesiedelte Logiken (Diaz-Bone 2009b, S. 241). Den Akteuren wird die Kompetenz zuerkannt, die Handlungslogiken einer Situation reflexiv zu betrachten, die situative Angemessenheit einer Konvention zu beurteilen, zu kritisieren, oder eine andere Konvention zu mobilisieren. Zudem können sie zwischen verschiedenen Konventionen Kompromisse herstellen oder zur Änderung einer Konvention beitragen (Diaz-Bone und Thévenot 2010, Abs. 11).

Mit der Soziologie der Konventionen ist somit ein spezifisches *Rationalitätsmodell* verbunden (Diaz-Bone 2018, S. 369 ff.): Während die Akteurinnen zum einen als reflexiv kompetent gelten, wird zum anderen davon ausgegangen, dass ihre Rationalität unvollständig ist. Rationalität gilt nicht als universelle, sondern als eine sozio-kulturelle Ressource (Diaz-Bone 2018, S. 373 f.). Rationalität ist begrenzt, da niemand alle verfügbaren Informationen kognitiv verarbeiten kann. Sie ist interpretativ, insofern Deutungen konventionenbasiert erfolgen, und sie ist argumentativ, weil Interpretationen stets kritisiert werden können und gegenüber anderen Akteuren einer Rechtfertigung bedürfen. Zudem ist Rationalität situativ, weil die Kognition durch die in einer Situation vorhandenen Formatierungen von Informationen geprägt ist.

Mit der Formatierung von Informationen ist ein weiteres zentrales Konzept der EC angesprochen. Das von François Eymard-Duvernay und Laurent Thévenot entwickelte Konzept der *Form* bzw. *Forminvestition* besteht in der Grundidee,

dass die Koordination durch eine Infrastruktur stabilisiert werden kann, wie zum Beispiel den Einsatz von Maschinen in der industriellen Produktion, oder auch die Einführung von Verhaltensregeln, Standards oder Kategorien, die auf eine bestimmte Art und Weise Informationen übermitteln. Das Konzept wurde u. a. anhand der Entstehung der französischen Berufsklassifikationen entwickelt. Thévenot (1984) verwendet das Beispiel der tayloristischen Arbeitsorganisation, um das Konzept zu veranschaulichen. In seiner wissenschaftlichen Lehre des Managements schlägt Frederick W. Taylor ein ganzes Repertoire an Strategien für die Unternehmensführung vor, darunter Techniken der Erfassung von Arbeitszeit, der Zergliederung von Arbeitsabläufen, Normierung von Zeiteinheiten, der grafischen Darstellung von Resultaten, etc. Das Wissen über die – aus Taylors Sicht – richtige Art der Koordination im Betrieb wird damit gewissermaßen in die Organisationsstrukturen eingelagert. Es wird „auf der Ebene des Unternehmens ‚formatiert' und zu ‚In-Formation', es ist damit nicht im Besitz einzelner Akteure" (Diaz-Bone 2009a, S. 248). Indem Formate[1] bestimmte Abläufe und Zusammenhänge standardisieren, tragen sie dazu bei, dass die gewünschte Art und Weise der Koordination im Unternehmen stabilisiert werden kann. Der Begriff der Forminvestition macht deutlich, dass auch mit der Etablierung von Regeln, Standards, Kategoriensystemen, etc. Kosten und Aufwand verbunden sind und man deshalb auch hier von Investitionen sprechen kann (Diaz-Bone 2018, S. 87).

Formate unterscheiden sich bezüglich ihres räumlichen und zeitlichen Geltungsbereiches: Formate etablieren „a *stable* relation *with a certain lifespan*" (Thévenot 1984, S. 11, Hervorhebungen i. O.). Die Dauerhaftigkeit und Verbreitung eines Formats hängt auch von seiner Verankerung in einer materiellen Infrastruktur (material equipment) ab, also davon, ob es durch technische, wissenschaftliche oder gesetzliche Instrumente objektiviert und fixiert wurde (Thévenot 1984, S. 15). In Organisationen spielen Formate eine wichtige Rolle, da sie zur Stabilisierung von Kompromissen zwischen unterschiedlichen Konventionen beitragen können. Durch ihre Eigenschaft „to resist efforts to distort, adjust or negotiate them" verleihen sie den oftmals fragilen Kompromissen Stabilität und Dauerhaftigkeit (Thévenot 1984, S. 10). Obwohl sie bestimmte Arten der Koordination stabilisieren, determinieren Formate die Koordination nicht. Vielmehr definieren sie „forms of the probable" (Thévenot 2001a, S. 407), also einen Raum des Erwartbaren und Wahrscheinlichen.

[1] Ich verwende im Folgenden den ebenfalls geläufigen Begriff des „Formats", um das spezifische EC-Konzept von anderen Verwendungen des Worts „Form" zu unterscheiden.

Im Zusammenhang mit dem Begriff des Formats ist es hilfreich, den Institutionenbegriff der Soziologie der Konventionen zu klären. Nach dem Verständnis von Diaz-Bone (2009b, S. 254) sind Institutionen als soziale Regeln zu verstehen. Als solche sind sie unvollständig, da sie keine vollumfänglichen Richtlinien enthalten, wie sie in welchen Situationen anzuwenden sind. Um eine Regel anzuwenden, also zu „vervollständigen", müssen die Akteurinnen sie im Kontext einer Situation interpretieren und auf diesen anpassen. Dazu greifen sie auf Konventionen zurück. Konventionen helfen zur Vervollständigung von Institutionen und sind diesen vorgelagert (Knoll 2012, S. 62). Auch Formate sind in diesem Sinne als Institutionen zu begreifen, die einerseits eine konventionenbasierte Koordination stabilisieren können, aber gleichzeitig interpretationsbedürftig sind (Knoll 2015, S. 11). Formate lassen sich je nach Interpretation unterschiedlich umsetzen – sie determinieren die Koordination also nicht.

Organisationen sind aus der Perspektive der Soziologie der Konventionen als *institutionelle Arrangements* zu verstehen, d. h. als Komplexe bestehend aus verschiedenen Institutionen, die z. B. Status, Rollen und Objekte „fixieren" (Knoll 2015, S. 21). Organisationen entstehen nach Thévenot (2001a, S. 410) aus der Absicht, die Komplexität verschiedener, konkurrierender Koordinationsmöglichkeiten zu bewältigen. Innerhalb von Organisationen sind stets unterschiedliche Konventionen und Wertigkeitsordnungen präsent, zwischen denen es zu Spannungen kommen kann. Organisationen lassen sich deshalb auch als „compromising devices" (Thévenot 2001a) analysieren, weil sie durch die Kombination verschiedener Institutionen und gezielte Forminvestitionen Kompromisse zwischen unterschiedlichen Koordinationslogiken aufrechterhalten.

Charakteristisch für den methodologischen Standpunkt der Soziologie der Konventionen ist, dass sie eine analytische Unterscheidung der Makro-, Meso- und Mikroebene für soziologische Erklärungen ablehnt (Diaz-Bone 2018, S. 367–395). Dahinter steht nicht nur die Annahme, dass die verschiedenen „Ebenen" in vielfältiger Weise ineinander hineinreichen, sondern auch der Gedanke, dass sich Phänomene der „Makroebene" nur in den Praktiken, Dispositiven und Institutionen einer Situation verwirklichen, also unabhängig von diesen gar nicht beschreibbar sind (Diaz-Bone 2018, S. 376). Dies bedeutet jedoch nicht, sich auf den mikrosoziologischen Rahmen einzelner Interaktionssituationen zu beschränken. Vielmehr zieht die Soziologie der Konventionen das Konzept von Koordinationen *unterschiedlicher Reichweiten* vor, die den Rahmen einer einzelnen Interaktion zeitlich und räumlich überschreiten können. Eine Situation bedeutet nicht zwangsläufig Interaktionssituation, sondern kann auch eine länger

bestehende Konstellation von Akteurinnen, Institutionen und Koordinationsproblemen bezeichnen. In einer Situation sind Elemente präsent, die man sonst den drei unterschiedlichen Analyseebenen zuordnen würde:

> „Situationen sind komplexe Konstellationen von Objekten, kognitiven Formaten, Koordinationserfordernissen (Problemen), institutionellen Arrangements (wie Organisationen), Personen und Konzepten." (Diaz-Bone 2018, S. 375)

Die so verstandene Situation ist Analyseeinheit in der Soziologie der Konventionen. Ziel ist es, eine „Introspektion" einer Situation zu vollziehen, mit anderen Worten, die Situation „*von innen* zu begreifen" (Salais 2007, S. 96, Hervorhebung i. O.). Es geht also darum nachzuvollziehen, durch welche Logiken des Interpretierens und Handelns sie aus der Sicht der involvierten Akteure geprägt ist.

3.3 Das Modell der Rechtfertigungsordnungen

Als Koordinations- und Interpretationsmuster sind Konventionen immer auf eine Vorstellung des Gemeinwohls bezogen. Sie spielen deshalb eine wichtige Rolle für die Formulierung von Kritik und Rechtfertigungen. Dieser Aspekt der Konventionentheorie wurde von Luc Boltanski und Laurent Thévenot (2007[1991]) in ihrem für die Soziologie der Konventionen grundlegenden Werk *Über die Rechtfertigung* ausgearbeitet. Boltanski und Thévenot präsentieren ein pragmatisches Modell des Rechtfertigungshandelns, in dem sie die Herstellung von Legitimation als situatives Handlungsproblem von Akteurinnen betrachten (Knoll 2012, S. 73). Die in diesem Werk beschriebenen Rechtfertigungsordnungen können als Konventionen mit einer großen Reichweite verstanden werden. Das Modell des Rechtfertigungshandelns erwies sich im fortgeschrittenen Stadium der Datenanalyse als sinnvolles sensibilisierendes Konzept für die vorliegende Studie. Es stellte sich heraus, dass die Rechtfertigung eines eingeschränkten Arbeitsvermögens und der Aktivitäten der Wiedereingliederung für die Akteurinnen des Felds ein zentrales Handlungsproblem ist (vgl. Abschn. 4.2 und 4.6).

Boltanski und Thévenot interessieren sich für die alltäglichen Operationen, die Akteure vollziehen, um Kritik zu üben, Kritik zu begründen, sich selbst gegenüber Kritik zu rechtfertigen oder sich auf eine gemeinsame Rechtfertigung zu einigen (Boltanski und Thévenot 2000, S. 208 f.). Sie verstehen diese als eine Form von *Arbeit:*

> The persons are working to establish a fragile agreement. We stress the work persons have to accomplish here and now in order to construct the social world, to endow it with meaning and to confer on it a minimum of firmness. (ebd., S. 212)

Das Modell des Rechtfertigungshandelns bezieht sich auf Situationen, die mit einem Rechtfertigungsimperativ ausgestattet sind. Dies trifft grundsätzlich auf Situationen zu, in denen es möglich ist, Kritik anzubringen. Kein Rechtfertigungsimperativ liegt zum Beispiel in Situationen vor, in denen Routinen unhinterfragt befolgt werden oder in denen Machtverhältnisse derart asymmetrisch sind, dass Kritik nicht angehört wird oder Probleme durch Gewalt gelöst werden (Boltanski und Thévenot 2007, S. 61).

Boltanski und Thévenot benennen in weiteren Arbeiten unterschiedliche Handlungsregimes, von denen das Regime des rechtfertigbaren Handelns nur eines ist (zu den unterschiedlichen Konzeptionen von Boltanski und Thévenot siehe auch Kozica und Kaiser 2015, S. 50). Mit dem Konzept der *Regimes des Engagiertseins* unterscheidet Thévenot (2001b, 2007) zwischen verschiedenen Arten, wie Handelnde sich auf ihre Umwelt einlassen bzw. von ihrer Umwelt *engagiert* werden. Der Begriff des Engagements betont zum einen die Abhängigkeit der Akteurinnen von ihrer Umwelt, insbesondere deren kognitiven Formaten, und zum anderen ihr Streben nach einem Gemeinwohl (Thévenot 2007, S. 415). Im Regime des Vertrauten steht das persönliche Wohlbefinden im Nahbereich der unmittelbaren Sozialbeziehungen im Vordergrund. Das Regime des planenden Handelns ist auf die Verwirklichung von Zielen ausgerichtet.

Boltanski (2010) unterscheidet demgegenüber zwischen einem praktischen Register und einem metapragmatischen Register. Letzteres bezeichnet ein gehobeneres Reflexionsniveau, auf dem es nicht mehr darum geht, wie ein Problem praktisch zu bewältigen ist, sondern die Natur des Problems zur Debatte steht (Boltanski 2010, S. 105 ff.). An anderer Stelle unterscheidet er zwischen vier unterschiedlichen Handlungsregimes (Boltanski 2012; Basaure 2008, S. 4–5). Zwei davon bezeichnet er als Regimes der Auseinandersetzung: zum einen das Regime der Gerechtigkeit, das demjenigen des rechtfertigbaren Handelns entspricht, und zum anderen das Regime der Gewalt. Im Regime der Gewalt werden im Unterschied zum Regime der Gerechtigkeit keine Tatbestände, Handlungsoptionen und Argumente abgewogen. Zwei andere Handlungsregimes bezeichnet er als Regimes des Friedens. Dazu gehört zum einen das Regime einer „konventionellen Koordination, die durch ein verpflichtendes Objekt hergestellt wird" (Basaure 2008, S. 5). Zum anderen gehört dazu das Regime der Liebe.

Solange die Koordination der Akteure sich im Bereich des alltäglich Vertrauten, im Regime der Liebe oder Gewalt, oder in alltäglichen Routinen und

Plänen bewegt, sind die Koordinationsprinzipien kein Gegenstand der Reflexion. Dies geschieht erst in *kritischen Momenten,* in denen die Akteurinnen aufgrund einer Unstimmigkeit in ihren Alltagsroutinen innehalten: „Menschen, die in alltäglichen Beziehungen leben, bestimmte Dinge […] gemeinsam tun und ihr Handeln koordinieren müssen, stellen fest, dass etwas falsch läuft, dass sie nicht mehr zurechtkommen, dass etwas sich ändern muss.“ (Boltanski und Thévenot 2011, S. 43). Kritische Momente zeichnen sich dadurch aus, dass Akteure eine Unzufriedenheit äußern, Kritik üben und es zu Streitigkeiten kommt. Hierbei wechseln sie ins *Regime des rechtfertigbaren Handelns,* das sich durch einen Rechtfertigungsimperativ auszeichnet.

In diesen kritischen Momenten tritt ein Dissens zutage: es besteht Uneinigkeit darüber, welche Beurteilung und Handlungsweisen angemessen sind. Boltanski und Thévenot interessieren sich für die Frage, wie die beteiligten Personen in solch einer Situation zu einer Einigung zurückfinden. Um zu erklären, was falsch läuft oder um sich auf eine gemeinsame Sichtweise zu einigen, müssen sie unterschiedliche Tatbestände, Menschen und Objekte zueinander in Beziehung setzen. Boltanski und Thévenot bezeichnen dies als Herstellung von Äquivalenz: „Das Zusammenbringen diverser Elemente und unterschiedlicher Tatbestände bedarf der Rechtfertigung unter Bezugnahme auf ein Äquivalenzprinzip, das klar macht, was ihnen gemeinsam ist.“ (Boltanski und Thévenot 2011, S. 45) Im Regime des rechtfertigbaren Handelns besteht zudem die Anforderung, Argumente mit Allgemeingültigkeit auszustatten, indem sie so untermauert werden, dass sie auch von außenstehenden Dritten akzeptiert werden würden: „in order to reach an agreement, one must be capable of justifying one's self by referring to a principle that is valid for all“ (Boltanski und Thévenot 2000, S. 212). Rechtfertigungen und Kritik müssen sich also auf situationsübergreifende, universelle Prinzipien beziehen, mit denen ein Anspruch auf Allgemeingültigkeit einhergeht.

Die Uneinigkeit eines kritischen Momentes betrifft die Elemente, denen für die Beurteilung der Situation Relevanz zukommt, sowie ihr relatives Gewicht. Boltanski und Thévenot (2011, S. 49) verwenden diesbezüglich den Begriff der *Größe (grandeur):* damit gemeint ist die Geltung und Wertigkeit der in der Situation präsenten *Wesen* (Personen, Objekte). Sie vertreten die Hypothese einer begrenzten Vielfalt an Äquivalenzprinzipien, bzw. Rechtfertigungs- oder Wertigkeitsordnungen *(ordres de grandeur)*[2], die in der Lage sind, einen Anspruch auf Allgemeingültigkeit zu begründen. Diese sind nicht mit sozialen Gruppen verknüpft, sondern mit Situationen.

---

[2] Diese Begriffe werden synonym verwendet (Knoll 2012, S. 60 f.). Sie sind als Konventionen mit grosser Reichweite zu verstehen.

Als Grundlage für die Identifizierung verschiedener Wertigkeitsordnungen dienten Boltanski und Thévenot empirische Untersuchungen des alltäglichen Verlaufs von Disputen sowie die Analyse von klassischen Werken der politischen Philosophie und von zeitgenössischer Ratgeberliteratur für angemessenes Verhalten in Unternehmen. In den drei Datengrundlagen fanden sie Elemente der gleichen Rechtfertigungsordnungen vor. Anhand der Werke der politischen Philosophie identifizierten sie ein abstraktes Modell des Gemeinwesens, das Teil einer Rechtfertigungsordnung ist. In der Ratgeberliteratur manifestierten sich Repertoires an Objekten, die mit einer jeweiligen Rechtfertigungsordnung verbunden sind. Jede Rechtfertigungsordnung ist mit einer „konkreten materialen Welt der Dinge“ (Knoll 2012, S. 75) verbunden, weshalb sie auch als „Welt“ bezeichnet wird (Boltanski und Thévenot 2007, S. 65). Die Bedeutung von Objekten für das Rechtfertigungshandeln wird von Boltanski und Thévenot wiederholt betont: um ihre Argumente in einem Disput zu untermauern müssen sich die Akteurinnen auf objektiv vorliegende „Beweisstücke“ beziehen. Eine Konvention kann dann geltend gemacht werden, wenn sie sich mit den Objekten, die in der Situation vorhanden sind, auf stimmige Weise verbinden lässt (Boltanski und Thévenot 2007, S. 20).

Eine Rechtfertigungsordnung ist zudem durch weitere Elemente charakterisiert (Boltanski und Thévenot 2007, S. 197 ff.): sie enthält ein Koordinationsprinzip (die Konvention im engeren Sinn) und ein Prinzip der „Größe“. Zu ihr gehören außerdem die Spezifikation typischer Subjekte, Objekte sowie ihrer Beziehungen untereinander, ein Modell der Prüfung von Wert, Modi der Äußerung von Urteilen und Formen der Evidenz. Im Folgenden präsentiere ich die sechs Rechtfertigungsordnungen, wie sie von Boltanski und Thévenot beschrieben werden.[3]

Die Konvention der Inspiration: Nach dieser Konvention beruht Wert auf Inspiration und Originalität. Personen kommt Größe zu, insofern sie imstande sind, Erfahrungen der Inspiration zu machen (Boltanski und Thévenot 2007, S. 222 ff.). Diese zeigen sich in der Form von Gefühlen und Leidenschaften. Wer Größe erlangen will, muss aus Gewohnheiten ausbrechen, Routinen hinterfragen und

[3] Boltanski und Thévenot (2011, S. 57) betrachten die beschriebenen Rechtfertigungsordnungen als historische Gebilde. Diese können sich wandeln, an Bedeutung verlieren und es können neue entstehen. Inzwischen stehen zusätzlich zu den sechs von Boltanski und Thévenot herausgearbeiteten Rechtfertigungsordnungen mindestens zwei weitere zur Diskussion: die Netzwerkkonvention (Boltanski und Chiapello 2003) sowie die ökologische Konvention (Lafaye und Thévenot 1993; Thévenot et al. 2000; für einen Überblick vgl. Diaz-Bone 2018, S. 146–163).

offen sein für Neues. Ginge es darum, die Qualität der Arbeitskraft zu bestimmen, würde diese demnach von ihren Fähigkeiten abhängen, originelle, kreative Ideen zu entwickeln. Eine Eigenheit der Konvention der Inspiration besteht jedoch darin, dass sich Qualitäten ihr zufolge nicht messen lassen. Verbreitet ist diese Konvention in den Branchen der Kreativ- und Kulturindustrie (Diaz-Bone 2018, S. 153).

Die Konvention des Hauses: Die Frage nach Gerechtigkeit hebt nach dieser Konvention auf zwischenmenschliche Beziehungen und das Einhalten von Takt und Anstand ab (Boltanski und Thévenot 2007, S. 228 ff.). Größe kommt den Personen zu, die einen guten Ruf haben und von hierarchisch höher gestellten Personen wertgeschätzt werden. Die Wertigkeit einer Arbeitskraft richtet sich entsprechend nach ihrem Rang in der betrieblichen Vertrauenshierarchie (Boltanski und Thévenot 2011, S. 58). Die Konvention des Hauses ist am Modell der Familie ausgerichtet (Diaz-Bone 2018, S. 150) und beruht auf einer Verallgemeinerung von Verwandtschaftsbeziehungen, z. B. auf den Betrieb als familienähnliche Gemeinschaft. Das Gemeinwohl liegt in der Stärke der Gemeinschaft, die für ihre Mitglieder sorgt und sie schützt (Diaz-Bone 2018, S. 151). „In der Welt des Hauses haben die wahrhaft Großen *Pflichten* (‚mehr noch als Rechte') gegenüber ihrer *Umgebung* und insbesondere gegenüber jenen, die zu ihnen gehören und für die sie folglich *Verantwortung tragen.*" (Boltanski und Thévenot 2007, S. 237, Hervorhebungen i. O.). Die hierarchisch Untergeordneten sind umgekehrt gegenüber Höhergestellten zur Hilfsbereitschaft, Dienstbarkeit und Ehrerbietung verpflichtet. Die häusliche Konvention stützt sich auf mündlich überlieferte Beispiele und Anekdoten als Formen der Evidenz. Eine wichtige Grundlage für Rechtfertigungen sind Tradition und Geschehnisse in der Vergangenheit. Die häusliche Konvention bezieht sich auf den Nahbereich persönlicher Beziehungen und ist nur „schwach ausgestattet mit Instrumenten, mit denen man über Entfernung hinweg handeln kann" (Boltanski und Thévenot 2007, S. 229).

Die Konvention der Meinung: Nach dieser Konvention beruht der Wert von Personen oder Dingen auf ihrer Berühmtheit und Anerkennung. Dabei geht es nicht wie bei der häuslichen Konvention um zwischenmenschliche Beziehungen, sondern um die einseitige Anerkennung durch eine möglichst große Anzahl Menschen. Die Rangordnung von Personen und Dingen wird allein durch die Meinung hergestellt, die andere bzw. die Öffentlichkeit von ihnen haben (Boltanski und Thévenot 2007, S. 246 ff.). Eine Strategie, um diese Art der Größe zu erlangen besteht darin, Werbung zu betreiben und gegenüber einer größtmöglichen Anzahl von Menschen zu kommunizieren. Für Unternehmen kann diese Konvention beispielsweise relevant werden, wenn sie sich als „Marke" profilieren wollen.

Die staatsbürgerliche Konvention: Nach dieser Wertigkeitsordnung ist das höchste Gut und Bewertungskriterium das Kollektivinteresse. Die staatsbürgerliche Konvention betont kollektive Wesenheiten, die den Willen der Gesamtheit repräsentieren. Zu Größe gelangt man, indem man Partikularinteressen dem kollektiven Interesse unterordnet (Boltanski und Thévenot 2007, S. 260). In Unternehmen artikuliert sich diese Konvention durch die Einforderung von Arbeitnehmerrechten oder die Ausweisung einer *corporate social responsibility* (Diaz-Bone 2018, S. 155). Um die Unabhängigkeit von privaten Neigungen und partikularen Interessen zu gewährleisten, stützt sich diese Konvention auf Instrumente, Regeln und Mechanismen der Repräsentation, die die immateriellen Kollektivwesen stabilisieren und es ermöglichen über Distanzen hinweg zu handeln (Boltanski und Thévenot 2007, S. 255 ff.). Evidenz muss hier immer eine offizielle und formalisierte Gestalt annehmen.

Die Konvention des Marktes: Nach dieser Rechtfertigungsordnung kommt das Gemeinwohl durch das individuelle Verfolgen von Eigeninteresse und das Streben nach Reichtum zustande. Die Koordination erfolgt nach dem Konkurrenzprinzip. Wert bzw. Größe zeigt sich darin, dass ein Objekt konkurrierende Besitzwünsche auf sich zieht und drückt sich über den Preis aus (Boltanski und Thévenot 2007, S. 268). Übertragen auf den Arbeitsmarkt drückt sich demzufolge der Wert von Arbeitskräften im Lohn aus, den Arbeitgeberinnen ihnen zu zahlen bereit sind. Ein wichtiges Beurteilungskriterium nach der Marktkonvention ist der Erfolg. Das Format der relevanten Information ist monetär. Die Marktkonvention ist auf einen kurzfristigen Zeithorizont ausgelegt.

Die Konvention der Industrie: Nach dieser Rechtfertigungsordnung definiert sich Wertigkeit über Produktivität und Effizienz. Ziel ist die Planbarkeit der Zukunft dank Berechnung und Organisation. Der Zeithorizont der Konvention der Industrie ist also ein langfristiger. Größe definiert sich über Funktionalität, Einsatzfähigkeit oder Professionalität und zeigt sich bei Arbeitskräften darin, „dass sie imstande sind, sich in die *Räderwerke* und *Getriebe* der Organisation *einzufügen*“. Der Wert von Arbeitskräften ist umgekehrt gering, „wenn sie nichts Nützliches produzieren, *unproduktiv* sind und aufgrund ihrer *Abwesenheit* oder ihres *Turn-overs* wenig *Arbeit* leisten, wenn sie *nicht erwerbstätig, arbeitslos* oder *behindert* sind oder Arbeitsleistung von schlechter Qualität abliefern, schließlich wenn sie *ineffizient,* unmotiviert, *unqualifiziert* und *nicht anpassungsfähig* sind“ (Boltanski und Thévenot 2007, S. 278 f., Hervorhebungen i. O.). Nach der industriellen Konvention liegt die „Würde“ der Personen in ihrem Aktivitätspotential. Formen der Evidenz, die zur industriellen Konvention gehören, zeichnen sich durch exakte Messbarkeit aus, z. B. als Statistiken und Kennzahlen.

Die Koordination im wirtschaftlichen Alltag beruht oft mindestens auf der marktlichen und der industriellen Konvention und ist gegebenenfalls durch weitere Konventionen geprägt (Thévenot 2001a; Knoll 2012, S. 70 f.). Besteht in einer Situation „evaluative Mehrdeutigkeit" angesichts der Pluralität möglicher Rechtfertigungsprinzipien und Bewertungskriterien, lässt sich durch eine so genannte Realitätsprüfung Klarheit herstellen (Knoll 2015, S. 12). Dabei werden die Personen und Objekte in der Situation mit der Ordnung der möglichen Konventionen abgeglichen. Von der Prüfung wird erwartet, „dass sie die Uneinigkeit beendet, indem sie wieder eine richtige Anordnung von Personen und Objekten vornimmt" (Boltanski und Thévenot 2007, S. 191). Der Ausgang der Prüfung ist ungewiss. In ihrem Verlauf kann es zur Kritik kommen, dass die Prüfung nicht korrekt durchgeführt wurde, etwa indem ihr Resultat durch das Beiziehen von Wesen, also Personen oder Objekten aus anderen Welten verfälscht wird. Eine radikalere Kritik stellt das Modell der Prüfung und damit die herangezogene Konvention insgesamt in Frage (Boltanski und Thévenot 2011, S. 64 f.) Vor allem Situationen, die sehr heterogen sind, weil sie Gegenstände enthalten, die in unterschiedlichen Welten – also in unterschiedlichen Rechtfertigungsordnungen – Relevanz besitzen, sind anfällig für diese radikale Form der Kritik.

Eine Möglichkeit, den Konflikt beizulegen, besteht darin, sich auf eine Konvention zu einigen. Eine andere beruht darauf, einen Kompromiss zu schließen. Ein Kompromiss erlaubt es den Akteurinnen, an unterschiedlichen Vorstellungen des Gemeinwohls festzuhalten, ohne dass explizit geklärt werden muss, auf welchem Prinzip die Koordination gründet (Boltanski und Thévenot 2007, S. 367). Bei einem Kompromiss bleiben Wesen aus unterschiedlichen Welten präsent, ohne weiter zu Meinungsverschiedenheiten zu veranlassen. Boltanski und Thévenot charakterisieren diese Situation als hybrid. Weil das gleichzeitige Vorhandensein von Wesen aus unterschiedlichen Welten aber wieder zu Kritik führen kann, sind Kompromisse fragil und können jederzeit wieder in eine Prüfung münden. Um die Dauerhaftigkeit einer kompromissbasierten Form der Koordination zu gewährleisten, müssen Kompromisse mit hohem Aufwand stabilisiert werden, zum Beispiel in Organisationen (Knoll 2012, S. 71). Grundsätzlich lassen sich Kompromisse durch Forminvestitionen (vgl. Abschn. 3.2) stabilisieren, die die heterogenen Elemente der Situation mit einander verbinden und mit einer eigenen Identität ausstatten, sodass nicht mehr erkennbar ist, dass sie unterschiedlichen Welten angehören (Boltanski und Thévenot 2007, S. 369)

> Die zahlenmäßige Zunahme sich gegenseitig verstärkender hybrider Objekte und ihre Identifikation mit einer gemeinsamen Form helfen bei der *Anbahnung* und Stabilisierung von Kompromissen. Ist ein Kompromiss bereits angebahnt, lassen sich die Wesen, die er zusammenbringt, nur noch schwer wieder herauslösen. (Boltanski und Thévenot 2007, S. 370, Hervorhebung i. O.)

Forminvestitionen schränken damit die evaluative Mehrdeutigkeit also zu einem gewissen Grad ein. Wie Lisa Knoll anmerkt, ist hier nicht ganz klar, inwiefern die Koordination durch die in einer Situation vorhandenen Formate vorbestimmt wird oder immer noch als prinzipiell mehrdeutig verstanden wird. Laut Knoll wird das Hauptargument der prinzipiellen Mehrdeutigkeit dadurch eingeschränkt (Knoll 2012, S. 77). In Anbetracht davon, dass auch Formate der Interpretation bzw. der Vervollständigung durch Konventionen bedürfen, bleibt eine gewisse evaluative Mehrdeutigkeit jedoch trotz allem bestehen.

3.4 Konventionen der beruflichen Eingliederung

Arbeit und Beschäftigung waren von Anbeginn ein zentrales Thema der Soziologie der Konventionen. Die betriebliche Wiedereingliederung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen in die Arbeitswelt wurde bislang jedoch nur selten aus konventionentheoretischer Sicht analysiert. In diesem Kapitel gebe ich einen Überblick über die bisherigen Anwendungen dieser Theorieperspektive auf das Themenfeld. Daran soll ersichtlich werden, wie sich konkrete konventionentheoretische Konzepte für das Gebiet der Arbeitsintegration analytisch fruchtbar machen lassen.

In einer historischen Studie untersucht Alan Canonica (2020) die Konventionen der beruflichen Eingliederung in Unternehmen und dem Sozialstaat in der Schweiz zwischen 1945 und 2008 anhand von öffentlichen Diskussionen und politischen Debatten, an denen sich u. a. Behinderten- und Arbeitgeberverbände beteiligten. Für diesen Zeitraum stellt er einen Wandel der Wertigkeiten fest, die Arbeitskräfte mit Behinderungen aus der Sicht von Arbeitgebern besitzen. In den 1940ern und 1950ern dominierte ein traditioneller Unternehmenstypus, der sich als Betriebsgemeinschaft verstand und die Beziehung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmerinnen als gegenseitiges Abhängigkeitsverhältnis auffasste, welches den Schutz der Angestellten einschloss (Canonica 2020, S. 194). Die Weiterbeschäftigung von „Mitgliedern der Betriebsfamilie", die eine langfristige Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit erleiden, erschien vor diesem Hintergrund als „moralische Pflicht" der Arbeitgeberinnen (ebd., S. 191). Canonica ordnet

diese Begründungslogik der häuslichen Konvention zu, wie sie von Boltanski und Thévenot beschrieben wurde.

Canonica identifiziert neben der über die häusliche Konvention begründeten Weiterbeschäftigung von Arbeitskräften mit gesundheitlichen Einschränkungen noch ein zweites Beschäftigungsmuster für die 1940er und 1950er: So wurden auch Personen mit Behinderungen rekrutiert, was als solidarischer Beitrag an die Gesellschaft verstanden, also über die staatsbürgerliche Konvention begründet wurde. In der Zeit der Hochkonjunktur, als Arbeitskräftemangel herrschte, waren Menschen mit Behinderungen als Arbeitskräfte gefragt, weshalb ihr Wert auch nach der Marktkonvention stieg. Zudem wurden sie als besonders geeignet für das Segment der niedrig qualifizierten Arbeit erachtet, die es in diesem Zeitraum vor allem in der industriellen Produktion noch vermehrt gab. Insofern ihre Beschäftigung in diesen Bereichen als funktional angesehen wurde, erfolgte also auch eine Wertzuschreibung aus dem Blickwinkel der industriellen Konvention (ebd., S. 193). Wie Canonica betont, spielten marktliche und industrielle Beurteilungslogiken in der Beschäftigung von Menschen mit Behinderung jedoch eine eher untergeordnete Rolle. So war es beispielsweise üblich, Arbeitskräften, die einen bestimmten Leistungsstandard nicht erreichten, trotzdem den für die Tätigkeit üblichen Lohn zu zahlen, was man als „Soziallohn" bezeichnete.

Mit der Wirtschaftskrise in den 1970ern verlor die staatsbürgerliche Konvention als Grundlage für die Neuanstellung von Menschen mit Behinderungen an Bedeutung. Unternehmen konzentrierten sich fortan auf die Weiterbeschäftigung von Angestellten mit gesundheitlichen Einschränkungen. Die Bedeutung der häuslichen Konvention blieb also bestehen. Der Wert von Arbeitskräften mit Behinderungen auf dem Arbeitsmarkt sank jedoch, und durch den Strukturwandel und das Wegfallen von Arbeitsplätzen mit niedrigen Qualifikationsanforderungen auch ihr Wert nach der industriellen Konvention.

Die 1990er Jahre brachten nach Canonica eine weitere Veränderung der Wertigkeiten mit sich. Durch die zunehmende Orientierung am *shareholder value* und die Einführung neuer Managementmethoden, die stärker auf Flexibilisierung und Kostenminimierung setzten, verloren der traditionelle Schweizer Unternehmenstypus und damit verbunden die häusliche Konvention, also die Sichtweise auf das Unternehmen als „Betriebsfamilie" an Bedeutung (ebd., S. 194). Statt der traditionellen moralischen Pflicht der Weiterbeschäftigung von gesundheitlich eingeschränkten Mitarbeitenden wurde die Gesundheit der Beschäftigten als Kostenfaktor betrachtet, den es zu „managen" gilt. Zunehmend wurden Arbeitskräfte mit Behinderungen entlassen, was zu einer stärkeren Belastung der sozialstaatlichen Unterstützungssysteme führte. Gleichzeitig wurden Organisationseinheiten

wie das betriebliche Gesundheitsmanagement geschaffen, die sich um die Wiedereingliederung von erkrankten Beschäftigten bemühen. In gewissem Sinn erfüllten auch diese, so Canonica, den „klassischen betrieblichen Imperativ der Unterstützung der eigenen Belegschaft", jedoch unter einem neuen, „ökonomisierten" Vorzeichen (ebd., S. 194).

Die Studie von Canonica zeigt, wie sich die argumentativen Begründungen für (bzw. gegen) die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen mit den von Boltanski und Thévenot herausgearbeiteten *Rechtfertigungsordnungen* in Verbindung bringen lassen. In ähnlicher Weise gehen Eva Nadai et al. (2019) vor, die die Praktiken der Beschäftigung gesundheitlich eingeschränkter Arbeitskräfte in Unternehmen und dem Sozialstaat der Schweiz der Gegenwart aus soziologischer Sicht untersuchen. Sie stellen eine begrenzte Bereitschaft von Unternehmen zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen fest. Wie Canonica gelangen Nadai et al. zum Resultat, dass die Beschäftigung von Arbeitskräften mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Arbeitgebern über eine Verantwortung gegenüber der eigenen Belegschaft begründet oder als solidarischer Beitrag des Unternehmens zur Gesellschaft gerahmt wird. Auch heute pflegen einige Unternehmen noch ein Selbstverständnis als Betriebsfamilie und verbinden damit gegenseitige Verpflichtungen zwischen Arbeitgeberinnen und Arbeitnehmern, die über den Tausch von Arbeitsleistung gegen Lohn hinausgehen. Die Stärke dieser über die häusliche Konvention begründeten Verantwortung hängt mit dem Dienstalter einer Person und ihrer Nähe zu den Entscheidungsträgern im Betrieb zusammen (Nadai et al. 2019, S. 161–162). Gleichzeitig besteht seitens der Arbeitgeber die Erwartung, dass sich Verantwortung mit der Generierung von Profit und der Einhaltung von Produktivitätsstandards vereinbaren lassen muss. Die Beschäftigung von gesundheitlich eingeschränkten Mitarbeitenden soll in anderen Worten finanziell keine Nachteile für das Unternehmen bringen und den Produktionsprozess nicht beeinträchtigen. Die Beschäftigung von gesundheitlich eingeschränkten Arbeitskräften stellt sich somit als Kompromiss zwischen der häuslichen und staatsbürgerlichen mit der marktlichen und industriellen Konvention dar.

Nadai et al. (2019) mobilisieren zudem das konventionentheoretische Konzept des *Formats,* um zu zeigen, durch welche institutionellen Arrangements dieser Kompromiss gestützt wird. Unter betrieblichen Formaten diskutieren sie Personalmanagementsysteme, die Definition von Aufgabenprofilen, sowie Formate der betrieblichen sozialen Sicherung (Nadai et al. 2019, 2021). Zu den Letzteren gehören die Formate der finanziellen Absicherung im Falle längerfristiger gesundheitlicher Beeinträchtigungen von Mitarbeitenden wie z. B. eine Krankentaggeldversicherung (Nadai et al. 2019, S. 81). Diese zahlt den Lohn der

krankgeschriebenen Beschäftigten für einen definierten Zeitraum (in Unternehmen in der Schweiz i. d. R. nicht mehr als zwei Jahre), was dazu führt, dass die Betroffenen in dieser Zeit nicht nach der marktlichen Konvention beurteilt werden. Die Absicherung über eine Krankentaggeldversicherung schafft damit Raum für eine Beurteilung der Personen nach der familienweltlichen oder staatsbürgerlichen Konvention. In der Zeit, in der der Lohn der Betroffenen gedeckt ist, unternehmen die Firmen Versuche der Wiedereingliederung. Wenn die Betroffenen die erwarteten Leistungen jedoch nach Auslaufen der Zahlungen nicht wieder erreicht haben, wird das Arbeitsverhältnis aus Gründen mangelnder Produktivität aufgelöst, womit die Marktkonvention bzw. die industrielle Konvention wieder in den Vordergrund rücken (Nadai et al. 2019, S. 164–167).

Nadai et al. (2019, S. 83) benennen zudem staatliche Formate, die die Wertigkeit von gesundheitlich eingeschränkten Arbeitskräften beeinflussen. Darunter fallen der arbeitsrechtliche Kündigungsschutz, sowie direkte und indirekte Leistungen der Sozialversicherungen. (Teil-)Renten der IV oder Einarbeitungszuschüsse können die Arbeitskosten für gesundheitlich eingeschränkte Angestellter (vorübergehend) verbilligen und damit deren Bewertung nach der Marktkonvention beeinflussen. Dadurch schaffen sie Raum für Betriebe, Arbeitskräfte mit Behinderungen zu beschäftigen, ohne dass damit ein finanzieller Mehraufwand verbunden wäre (Nadai et al. 2019, S. 168–171). Zudem verfügt die IV über die Möglichkeit, Arbeitsplatzanpassungen zu finanzieren und versucht so, die Passung der gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitskräfte in die Produktionsabläufe, und damit ihre Bewertung nach der industriellen Konvention zu beeinflussen. Formate spannen insofern einen *Möglichkeitsraum* für Unternehmen auf, eine aus ihrer Sicht betriebswirtschaftlich vertretbare „soziale Verantwortung" wahrzunehmen.

Widerstreitende Konventionen gilt es auch in nicht-profitorientierten Firmen zu vereinbaren, die die berufliche Eingliederung als ihren Hauptauftrag verfolgen. Dies zeigt Philippe Semenowicz (2018) am Beispiel so genannter „structures d'insertion par l'activité économique (SIAE)" in Frankreich, was sich frei als Sozialfirmen der Arbeitsintegration übersetzen lässt. Diese haben den Auftrag, Personen bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu unterstützen, indem sie sie an Arbeitsplätzen in eigenen Betrieben oder in Partnerunternehmen bei der Rückkehr in den Arbeitsprozess und bei der Aneignung beruflicher Kompetenzen unterstützen. Insofern die Arbeitsmarktintegration im Namen des gesamtgesellschaftlichen Gemeinwohls erfolgt, kann die staatsbürgerliche Konvention als leitend bzw. konstitutiv für diesen Unternehmenstypus angesehen werden. Gleichzeitig haben *SIAE* den Auftrag, ihre Produkte auf einem Markt zu verkaufen und müssen sich daher an Konkurrenz- und Effizienzprinzipien ausrichten. Dies

führt nach Semenowicz in verschiedene Dilemmata, die sich u. a. aus dem Konflikt der staatsbürgerlichen mit der marktlichen oder industriellen Konvention ergeben. So wäre es z. B. aus der Perspektive der industriellen Konvention angebracht, nur Stellensuchende mit höherer Produktivität aufzunehmen, was aber dem staatsbürgerlich begründeten Ziel zuwiderläuft, gerade diejenigen Personen zu unterstützen, die am meisten Schwierigkeiten im Arbeitsmarkt haben. Semenowicz zeigt, dass die *SIAE* durch die längerfristige Zusammenarbeit mit Kunden- bzw. Partnerfirmen einen Kompromiss zwischen diesen widerstreitenden Konventionen finden und aufrechterhalten können.

Widersprüchliche Wertigkeitsordnungen und darüber hinaus unterschiedliche Handlungsregimes sind zudem im sozialpädagogischen Eingliederungshandeln miteinander in Einklang zu bringen, wie Stefan Dahmen (2019) in einer Untersuchung der Begleitung von Jugendlichen im Übergang ins Berufsbildungssystem im Kontext der schweizerischen Arbeitslosenversicherung zeigt. Die sozialpädagogischen Fachpersonen haben hier den offiziellen Auftrag, die teilnehmenden Jugendlichen in den Ausbildungsmarkt zu vermitteln. Dazu müssen sie sich an den Evaluationskriterien des Arbeitsmarktes orientieren, wie zum Beispiel Leistungsfähigkeit, was dem Bewertungskriterium der industriellen Konvention entspricht. Zudem unterliegt das Verhalten der Jugendlichen einer Bewertung nach der staatsbürgerlichen Konvention: insofern sie sozialstaatliche Leistungen beziehen, sind sie verpflichtet sich an definierte Regeln zu halten, die für alle „Bürger" gelten. Gleichzeitig erfordert das sozialpädagogische Arbeiten einen Wechsel vom Regime des Rechtfertigungshandelns in das Regime des Vertrauten. Die Fachpersonen müssen auch die individuellen persönlichen Umstände der Jugendlichen berücksichtigen, um sie angemessen begleiten und sie an die gestellten Erwartungen heranführen zu können. Sie müssen so im Eingliederungshandeln situativ Kompromisse zwischen diesen unterschiedlichen Konventionen und Handlungsregimes herstellen.

Die konventionentheoretische Literatur zur beruflichen Eingliederung zeigt, dass das Auftreten von Gesundheitsproblemen im Arbeitsprozess als „kritischer Moment" betrachtet werden kann: die gewohnten Arbeitsroutinen werden unterbrochen und es muss ein Umgang mit der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit gefunden werden. Für die Betroffenen stellt eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit zudem eine grundlegende Verunsicherung ihrer Identität und ihres „Werts" dar (Hanisch und Solvang 2019). Im Hinblick auf die Eingliederung müssen sich verschiedene Akteurinnen koordinieren. Insofern solche Situationen nicht zu den Handlungsroutinen eines Unternehmens gehören, befindet man sich im Regime des rechtfertigbaren Handelns. Die Literatur zeigt weiter, dass aus der Perspektive von Arbeitgeberinnen verschiedene Bewertungslogiken eine Rolle spielen

können, wenn es um die Frage geht, ob Mitarbeitende mit gesundheitlichen Einschränkungen (weiter) beschäftigt werden sollen. Schließlich zeigt die Literatur, dass diese Pluralität an Rechtfertigungsordnungen auch von den Akteurinnen der beruflichen Eingliederung antizipiert und berücksichtigt wird und dass diese darüber hinaus verschiedene Handlungsregimes miteinander vereinbaren müssen.

3.5 Theoretische Konstruktion des Forschungsgegenstands

Die EC wird in dieser Studie als theoretischer Rahmen zur Analyse der kollektiven Deutungsprozesse und der Handlungskoordination in der betrieblichen Wiedereingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter herangezogen. Mit der EC kann davon ausgegangen werden, dass dabei sowohl „lokale" Konventionen als auch Konventionen größerer Reichweite eine Rolle spielen. Lokale Konventionen können zum Beispiel beschränkt sein auf ein Unternehmen, eine Branche oder eine Berufsgruppe wie z. B. Ärztinnen (Dodier 2011). Es ist davon auszugehen, dass in der Deutung eines eingeschränkten Arbeitsvermögens eine Vielzahl lokaler Konventionen von Bedeutung sind, so etwa die Deutungsrahmen und Koordinationsmodelle, die sich Personalverantwortliche durch ihre Berufszugehörigkeit angeeignet haben. Ziel dieser Untersuchung ist es, Konventionen herauszuarbeiten, die sich für die Deutung und Koordination der betrieblichen Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung psychisch erkrankter Mitarbeiter als zentral erweisen.

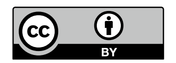
Darüber hinaus geht die Soziologie der Konventionen davon aus, dass Akteure im Regime des rechtfertigbaren Handelns auf übergeordnete Rechtfertigungsordnungen zurückgreifen, mit denen sie ihre Argumente und Entscheidungen stützen. Anhand der bisherigen Forschung ist zu vermuten, dass Entscheidungen über die Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung in Unternehmen zumindest teilweise im Regime des rechtfertigbaren Handelns getroffen werden. Es ist also darauf zu achten, wann in Unternehmen „kritische Momente" auftreten, in denen die Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung begründet werden muss oder kritisiert wird. Zudem ist herauszuarbeiten, auf welche Konventionen die Akteurinnen zur Rechtfertigung zurückgreifen. Dadurch sollen „Grammatiken" der Beurteilung von Wiedereingliederungsmöglichkeiten und der Begründung von Entscheidungen über Weiterbeschäftigung hervortreten. Es geht mithin darum, die typischen Argumente, Einwände und Bewertungskriterien, die in solchen Entscheidungsprozessen vorgebracht werden, sichtbar zu machen. Daran anschließend soll untersucht werden, wie sich diese Deutungs-

und Begründungslogiken in der Handlungskoordination, also der Umsetzung von Eingliederungsmaßnahmen und Personalentscheidungen auswirken.

Deutungs- und Begründungsmuster weisen nach der Soziologie der Konventionen einen Objektbezug auf, sie werden also durch eine Infrastruktur an materiellen Objekten sowie kognitiven Formaten gestützt. In der vorliegenden Studie soll entsprechend auf die betrieblichen (und außerbetrieblichen) Formate geachtet werden, die Deutungsrahmen, Rechtfertigungsmuster und Koordinationsmodelle unterstützen. Gemäß dem in Abschn. 2.4 formulierten Forschungsinteresse soll ein besonderes Augenmerk auf den Formaten der Arbeitsorganisation liegen. Eine Frage lautet also, inwiefern Deutungsmuster, Begründungs- und Koordinationslogiken der Wiedereingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter durch bestimmte Formate der Arbeitsorganisation gestützt werden.

Da die EC eine Pluralität möglicher Konventionen für jede Situation voraussetzt, ist auch darauf zu achten, welche möglicherweise in einem Widerspruch stehenden Deutungsrahmen, Wertigkeiten und Koordinationslogiken in einem Wiedereingliederungsverlauf oder auch in einem Unternehmen auftreten und wie die Akteurinnen mit diesen Widersprüchen umgehen. In diesem Zusammenhang ist auf mögliche Kompromisse zwischen Konventionen zu achten, sowie auf institutionelle Arrangements, die diese Kompromisse stabilisieren.

Die Entscheidung für eine theoretische Perspektive bedeutet, auf gewisse Aspekte zu fokussieren und impliziert damit zwangsläufig, anderen Aspekten weniger analytische Aufmerksamkeit zu schenken. So eignet sich die Soziologie der Konventionen in der für diese Arbeit herangezogenen Variante vor allem dazu, Prozesse der *gegenseitigen Abstimmung* in der Koordination der Akteurinnen sichtbar zu machen und bietet ein weniger ausgefeiltes begriffliches Instrumentarium zur Analyse von organisationalen Machtverhältnissen und Konflikten. Ebenso führt die Konzentration auf die kollektive *Kognition* sowie geteilte *Rationalitäten* zu einer Betonung der Ebene der explizier- und verbalisierbaren Interpretationen und Begründungen. Wie ich im folgenden Kapitel zur methodischen Vorgehensweise erläutere, dienen konventionentheoretische Konzepte im Rahmen der Datenanalyse primär als sensibilisierende Konzepte und werden nicht als vorgefertigte Kategorien subsumtionslogisch ans Datenmaterial herangetragen. Damit soll die Möglichkeit für Beobachtungen offen gelassen werden, die nicht ins Analyseraster des gewählten theoretischen Ansatzes passen.


BY

4 Forschungsdesign, Methoden und Daten

4.1 Forschungsgegenstand und Forschungsstrategien

Als theoretische Perspektive impliziert die Soziologie der Konventionen einen methodologischen Standpunkt (vgl. Abschn. 3.2), der Annahmen über die „ontologische Beschaffenheit der sozialen Welt“ beinhaltet (Diaz-Bone 2018, S. 368). Die theoretische Konstruktion des Forschungsgegenstands, d. h. die Annahmen bezüglich der Frage „was es gibt“, sind relevant für das empirische Vorgehen ihrer Erforschung, also wie sich das, was es gibt, beobachten lässt (vgl. ebenda). Die konventionentheoretische Perspektive steht für einen methodischen Holismus[1]:

> Methodischer Holismus bezeichnet die Kohärenz zwischen (a) den theoretischen Annahmen über die Ontologie der sozialen Welt, (b) den empirischen Forschungsstrategien, wie man auf die sozialen Praktiken bzw. auf die sozialen Strukturen „methodisch zugreifen“ kann, und (c) den eingesetzten Forschungsinstrumenten. (Diaz-Bone 2018, S. 369)

Im Fokus der vorliegenden Studie stehen Deutungs- und Argumentationsmuster sowie Koordinationslogiken in Prozessen der Wiedereingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter in Unternehmen. Analyseeinheit ist die *Situation* im Sinne der EC, in der sich diese Prozesse vollziehen, also die jeweilige Konstellation von „Objekten, kognitiven Formaten, Koordinationserfordernissen (Problemen), institutionellen Arrangements (wie Organisationen), Personen und Konzepten“ (Diaz-Bone 2018, S. 375). Der Gegenstand der vorliegenden Studie lässt sich durch folgende Elemente charakterisieren: Tritt eine psychisch bedingte

[1] In Abgrenzung zum *methodologischen* Holismus handelt es sich hierbei nicht um eine Logik der Erklärung sozialer Phänomene, sondern um ein Verhältnis zwischen theoretischen Grundlagen und empirischen Forschungsmethoden.

A. Gonon, *Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit*, Soziologie der Konventionen,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41117-6_4

Arbeitsunfähigkeit bei Beschäftigten auf, stellen sich im Unternehmen typische *Koordinationsprobleme,* an deren Lösung sich bestimmte *Personen* beteiligen. Das Problem der Arbeitsunfähigkeit führt zu Diskussionen über das angemessene Vorgehen, in denen die Akteurinnen Argumente vorbringen müssen. Die Interpretations- und Koordinationsmodelle *(Konventionen),* auf die sie zurückgreifen, weisen einen Bezug zu *Werten* auf und sind kontextuell mitbedingt durch die materialisierten oder institutionalisierten *Formate,* die im Unternehmen Relevanz besitzen, wie z. B. Personalreglements oder gesetzliche Regelungen. Dabei determinieren Formate jedoch nicht das Handeln der Akteure, sondern müssen durch diese interpretiert werden. Akteurinnen sind in der Lage, zwischen Konventionen hin- und herzuwechseln. Wie Diaz-Bone (2018, S. 374) betont, stehen aus der Perspektive der EC nicht die „Individuen, deren Intentionen, Handeln und Entscheidungen" im Fokus, sondern die „in Situationen existierenden, kollektiv geteilten Schemata des Interpretierens und Koordinierens von Handlungen, die sich als Ressourcen für die Koordination mobilisieren lassen, wie auch die kognitiven Formate und institutionellen Arrangements, durch die jene gestützt werden". Das Ziel der Analyse besteht darin, eine „Introspektion" der Situation zu vollziehen (Salais 2007, S. 96).

Zwecks einer solchen Introspektion der Situation der betrieblichen Arbeitsintegration interessiert zwar nicht die Perspektive einzelner *Individuen* als solche, dennoch muss in Erfahrung gebracht werden, durch welche Logiken des Interpretierens und Handelns und durch welche Formate die Situation *aus der Sicht der involvierten Akteure* geprägt ist. Dies soll in der vorliegenden Studie durch ein qualitatives Forschungsdesign erreicht werden. Um die Situation der Wiedereingliederung aus der Sicht der involvierten Akteurinnen zu erfassen ist ein methodischer Zugang notwendig, der es erlaubt, ihre Interpretationsleistungen und sinnhaften Bezüge zu rekonstruieren. Dazu wird ein Verfahren der Datenerhebung angewendet, das es ihnen ermöglicht, Inhalte innerhalb des eigenen Relevanzsystems zu entfalten, um sie in ihrem spezifischen Verweisungszusammenhang nachvollziehbar werden zu lassen (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 17). Die Studie setzt deshalb auf qualitativ-interpretative Verfahren der Datenerhebung und -analyse.

Methodisch richtet sich die Studie am offen definierten Vorgehen der *Grounded Theory* aus. Mit der Soziologie der Konventionen hat diese die sozialtheoretischen Einflüsse des amerikanischen Pragmatismus und des Symbolischen Interaktionismus gemeinsam. In der Grounded Theory gilt Realität als multiperspektivischer *Prozess,* der durch die Handelnden *mithervorgebracht* wird (Strübing 2014, S. 39). Kennzeichnend für die Grounded Theory-Perspektive ist nach Juliet Corbin und Anselm Strauss die Ablehnung einer deterministischen

Sichtweise auf soziales Handeln. Stattdessen geht die Grounded Theory davon aus, dass Handelnde innerhalb von gewissen Bedingungen zwischen unterschiedlichen Handlungsoptionen wählen können (Corbin und Strauss 1990, S. 5). Mit diesen Grundannahmen ist die Grounded Theory mit der EC kompatibel. Im Fokus der klassischen Grounded Theory-Analyse steht jedoch nicht die Situation, sondern ein sozialer Prozess. Zudem fokussiert die Grounded Theory auf die „Mikroebene" und behandelt Faktoren der „Makro-" bzw. „Meso-Ebene" als situationsexterne Bedingungen. Um die Kohärenz zwischen den theoretischen Annahmen über den Forschungsgegenstand und dem methodischen Vorgehen zu gewährleisten, greife ich deshalb auf die von Adele Clarke (2003) entwickelte Erweiterung der Grounded Theory, die *situational analysis,* zurück.

Als primäre Datenquelle dienen in der vorliegenden Studie qualitative Interviews. Diese eignen sich dazu, Interpretationen von Akteurinnen nachzuvollziehen. Zur Erfassung von Interpretationen und Aushandlungen in Wiedereingliederungsverfahren *in situ* würde sich auch die teilnehmende Beobachtung eignen. Da sich Diskussionen zu Wiedereingliederungsverfahren in Unternehmen spontan und an verschiedenen „Orten" innerhalb der Organisation ereignen können, ist der Zugang zu diesen Situationen forschungspraktisch jedoch schwierig zu organisieren. Zudem bestehen Zugangshürden von Seiten der betrieblichen Gatekeeper: insbesondere im Zusammenhang mit dem heiklen Thema psychischer Erkrankungen zeigten sich diese zurückhaltend, mir als Forscherin Zugang zu gewähren. Deshalb nutzte ich teilnehmende Beobachtungen nur punktuell als Erhebungsstrategie, wo der Zugang forschungspraktisch möglich war. Als weitere Strategie der Datenerhebung sammelte ich Dokumente, die bezüglich Organisationsstrukturen und Kategoriensystemen aufschlussreich sind.

In den Interviews griff ich auf die Strategie zurück, die Interviewten um ausführliche Erzählungen von Fallgeschichten konkreter Wiedereingliederungsverfahren zu bitten. Wie Dodier (1993, S. 44) argumentiert, werden in retrospektiven Fallgeschichten die Konventionen sichtbar, anhand derer die Erzählenden eine Situation beurteilen. In den Erzählungen entfalten sie die verschiedenen Elemente der „Welten", also Personen, Institutionen, Objekte etc., die sie für die Interpretation, Koordination und Bewertung herangezogen haben. Daraus lässt sich zwar keine „objektive" Version des Fallverlaufs ableiten, aber die Mittel, derer sich die Erzählenden bedienen, um ihren Handlungen und Entscheidungen Sinn zu geben, werden sichtbar. Ergiebig ist es darüber hinaus, verschiedene Akteure Fallgeschichten zum selben Wiedereingliederungsprozess erzählen zu lassen. Im Kontrast der Perspektiven werden übereinstimmende, aber auch divergierende Interpretationen und Begründungen deutlich, die bezüglich der erfolgten Aushandlung von Wiedereingliederungsaktivitäten aufschlussreich sein können.

Soweit es möglich war, habe ich die Strategie der multiperspektivischen Erhebung von Fallverläufen genutzt, also Betroffene, Vorgesetzte und BGM-Verantwortliche zum selben Fall interviewt.

Zur Erforschung der Deutungs- und Argumentationsmuster sowie Koordinationslogiken in Prozessen der Wiedereingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter in Unternehmen werden in dieser Studie also verschiedene Strategien der Datenerhebung kombiniert. Die Analyseeinheit der Studie, auf die sich das Forschungsinteresse bezieht, ist die *Situation* nach dem beschriebenen Verständnis der EC. Die *Fälle* der Datenerhebung, die dazu dienen, über diese Situation etwas in Erfahrung zu bringen, sind aber teilweise auf anderen Ebenen angesiedelt: So betrachte ich sowohl Fälle von Eingliederungsverläufen als auch drei Fälle von Unternehmen, um auf diesen Ebenen etwas über die *Situation* der Wiedereingliederung psychisch Erkrankter zu erfahren.

In Abschn. 4.2 führe ich die Grounded Theory, sowie ihre Erweiterung durch die Situationsanalyse ein. In Abschn. 4.3 stelle ich das konkrete Forschungsfeld der Studie vor. Ins Untersuchungsdesign wurden drei Unternehmen einbezogen, innerhalb derer eine vertiefte Feldforschung stattfand. Auf die Auswahl von Interviewpartnerinnen und -partnern und die Datenerhebung gehe ich im Abschn. 4.4 ein. In Abschn. 4.5 diskutiere ich forschungsethische Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Datenerhebung und Ergebnispräsentation stellen. In Abschn. 4.6 präsentiere ich das Vorgehen bei der Datenanalyse.

4.2 Grounded Theory und situational analysis

Der Grounded Theory-Ansatz wurde ab den 1960ern von den US-amerikanischen Soziologen Barney Glaser and Anselm Strauss entwickelt.[2] Grounded Theory bezieht sich sowohl auf den an der Empirie ausgerichteten Forschungsprozess als auch auf das angestrebte Resultat dieses Prozesses: eine empirisch fundierte Theorie. Mit der Grounded Theory grenzten sich Glaser und Strauss von den zur damaligen Zeit dominierenden soziologischen Großtheorien ab, die sie als realitätsfern kritisierten. Grounded Theory zielt demgegenüber darauf ab, in enger Beziehung zu empirischen Daten eine vorläufige, gegenstandsbezogene Theorie zu generieren und zu überprüfen. Strauss (1987, S. 5) bezeichnet die Grounded Theory als *Forschungsstil*. Sie schreibt keine strikt einzuhaltenden methodischen

[2] Da Glaser und Strauss in der weiteren Entwicklung des Ansatzes von einander abgewichen sind, existieren heute zwei verschiedene Schulen der Grounded Theory. Ich halte mich im Folgenden an die Variante nach Strauss und Corbin (Strauss 1987; Strauss und Corbin 1996).

Regeln vor. Vielmehr umfasst sie Leitlinien und Faustregeln für das praktische Forschen und legt eine bestimmte Haltung zum Forschungsgegenstand nahe.

Heute ist Grounded Theory ein sehr populärer Ansatz in der qualitativen Sozialforschung, was auch zur Kritik veranlasst, dass ihre Leitprinzipien in manchen Anwendungen verwässert werden und Grounded Theory nur noch ein oberflächliches Label ist. Entscheidend für den Ansatz ist nach Jane C. Hood (2007), dass forschungsstrategische Entscheidungen im Hinblick auf ihre Fruchtbarkeit für die Weiterentwicklung der entstehenden Theorie getroffen werden. Wichtig dafür sind ihr zufolge drei zentrale Leitprinzipien: ständiges Vergleichen, theoretisches Sampling und theoretische Sättigung. Auf diese Prinzipien werde ich im Laufe der folgenden Abschnitte näher eingehen.

Wie andere qualitative Verfahren zeichnet sich das Vorgehen der Grounded Theory durch eine iterativ-zyklische Forschungslogik aus (Strübing 2014). Anstelle der in der quantitativen Forschung üblichen zeitlichen Abfolge von Sampling, Datenerhebung, Analyse und Interpretation, sind diese Schritte ineinander verschränkt. Mit der Analyse wird begonnen, sobald Daten vorliegen und die ersten tentativen Interpretationen dienen als Anhaltspunkte für weitere Datenerhebung. Theoretische Konzepte und Hypothesen, die am Material gebildet wurden, gelten als vorläufig und müssen anhand von neuem Datenmaterial überprüft, ggf. verworfen oder verfeinert werden.

In der Diskussion um die Gültigkeit der Ergebnisse qualitativer Sozialforschung wurde oft argumentiert, dass diesen die logische Schlussform der Abduktion zugrunde liegt (Kelle und Kluge 2010; Strübing 2014). Während die herkömmlichen Formen des logischen Schließens, Einzelphänomene unter bestehende Regeln subsumieren (Deduktion) oder von Einzelphänomenen auf allgemeine Regeln schließen (Induktion) und damit nicht zu einer Erweiterung von Wissenskategorien beitragen, gilt die Abduktion als Form des Schlussfolgerns, die es erlaubt, auf Neues zu schließen. Wie Jo Reichertz argumentiert, ist die Abduktion jedoch keine Form des logischen Schließens im engeren Sinn, sondern eine kognitive Logik der Entdeckung (Reichertz 2007, S. 220). Er unterscheidet zudem die qualitative Induktion, bei der ein Fall in eine bestehende Wissenskategorie eingeordnet wird, von der eigentlichen Abduktion, bei der die Forscherin in einem intellektuellen „Geistesblitz“ eine neue Regel bzw. Kategorie erfindet, die zum Beobachteten passt. Anstelle von abduktiven Schlüssen zu sprechen, legt Reichertz deshalb nahe, in der Grounded Theory-Forschung eine abduktive Grundhaltung einzunehmen. Jörg Strübing (2014, S. 48) weist darauf hin, dass die Grounded Theory-Methode einige Techniken vorschlägt, die das Eintreten von „abduktiven Geistesblitzen“ begünstigen.

Ebenfalls zu Diskussionen veranlasst der Status von theoretischem „Vorwissen“ in der Grounded Theory-Forschung. Während Glaser und Strauss im Werk „The Discovery of Grounded Theory“ zunächst noch davor warnten, die Analyse von empirischen Daten durch den Einbezug vorgefertigter theoretischer Kategorien zu „verfälschen“ und die Meinung vertraten, theoretische Konzepte sollten aus dem Material „emergieren“ (Kelle und Kluge 2010, S. 18 ff.), hat Strauss später den Wert von theoretischem wie auch persönlichem Wissen für die Analyse positiv hervorgehoben (Strübing 2014, S. 59). Theoretisches Wissen kann zur so genannten theoretischen Sensibilität der Forscherin beitragen, also zu ihrer Fähigkeit, empirischen Daten „Bedeutung zu verleihen“ und das „Wichtige vom Unwichtigen zu trennen“ (Strauss und Corbin 1996, S. 25). Sinnvoller als sich durch unausgesprochene Vorannahmen leiten zu lassen, ist es, theoretische Annahmen über den zu erforschenden Gegenstand zu reflektieren und transparent zu machen.

Theoretisches Vorwissen soll allerdings nicht als gültige Aussage über die zu erforschende Realität betrachtet werden, sondern dazu anregen, über das Datenmaterial nachzudenken und die Forscherin für analytische Themen und Fragestellungen sensibilisieren. In diesem Sinne wird auch in der vorliegenden Studie verfahren: die Daten werden nicht subsumtionslogisch unter konventionentheoretische Konzepte eingeordnet. Vielmehr dienen Begriffe der EC als sensibilisierende Konzepte, die im Prozess der Analyse beigezogen werden können, wo es analytisch interessant und sinnvoll ist. Die Datenanalyse wird durch den theoretischen Rahmen aber keineswegs vorstrukturiert. In der Datenanalyse wurde die Konventionentheorie erst gegen Ende zu den entwickelten Kategorien in Beziehung gesetzt, als bereits eine Vielzahl von Konzepten anhand des Datenmaterials erarbeitet war (Abschn. 4.6).

Im Zentrum des praktischen Verfahrens der Grounded Theory steht das Kodieren: Ereignisse, Aussagen, Handlungen oder Zusammenhänge werden mit vorläufigen Bezeichnungen versehen. Eine Methode, die zur abduktiven Forschungslogik beiträgt, ist das Stellen von so genannten generativen Fragen. Diese sollen die Daten „aufbrechen“, also eine analytische Distanz zum Material erzeugen. Beim Kodieren werden provisorische Kodes und Kategorien formuliert, wie auch hypothetische Überlegungen zu den Zusammenhängen zwischen den Kategorien angestellt (Strauss 1987, S. 21). Da die erarbeiteten Konzepte stets an neuem Datenmaterial zu überprüfen sind, werden „falsche“ Interpretationen im Laufe des Forschungsprozesses korrigiert (ebd., S. 29).

Ein weiteres Grundprinzip, das die abduktive Forschungslogik begünstigt und dabei hilft, analytische Konzepte zu generieren, ist das erwähnte ständige

Vergleichen (Strauss 1987, S. 17). Durch das Vergleichen von Daten können Ähnlichkeiten, Unterschiede und Abstufungen von Unterschieden entdeckt werden, die die Formulierung theoretischer Konzepte erlauben. Um die Eigenschaften und Dimensionen der erarbeiteten Konzepte möglichst umfassend zu entwickeln, wird zunächst nach sehr ähnlichen Ereignissen, Handlungen, etc. gesucht. Diese Strategie wird als minimales Kontrastieren bezeichnet. Erst wenn neue Daten keine weiteren Erkenntnisse in Bezug auf diese Konzepte generieren, wird zur Strategie des maximalen Kontrastierens gewechselt, d. h. es wird nach Fällen gesucht, die von den vorhergehenden möglichst abweichen (Glaser und Strauss 1998, S. 62). Dieses Vorgehen erlaubt es, weitere Variationen ausfindig zu machen oder Kontextbedingungen zu spezifizieren, unter denen bestimmte Phänomene auftreten (Strübing 2014, S. 31).

Die in der Analyse erarbeiteten Konzepte dienen als Entscheidungsgrundlage für die Auswahl weiterer Daten. Dieses Verfahren wird als *theoretical sampling* bezeichnet.

> Theoretical sampling is a means "whereby the analyst decides *on analytic grounds* what data to collect next and where to find them." "The basic question of theoretical sampling is: What groups or subgroups of populations, events, activities (to find varying dimensions, strategies, etc.)" does one turn to *next* in data collection. And for *what* theoretical purpose? "So, this process of data collection is *controlled* by the emerging theory." (Strauss 1987, S. 38 f., Hervorhebungen i. O.)

Ein *theoretical sampling* kann zu jedem Zeitpunkt der Datenanalyse durchgeführt werden. Während die Entscheidungen über die Auswahl weiterer Daten zu Beginn des Forschungsprozesses noch auf tentativen Annahmen beruhen, lassen sie sich mit der Weiterentwicklung der entstehenden Theorie immer spezifischer formulieren und begründen. Das theoretische Sampling wird so lange betrieben, bis sich aus weiteren Daten keine neuen Erkenntnisse in Bezug auf die erarbeiteten Konzepte und ihre Zusammenhänge ableiten lassen (Strauss 1987, S. 35). Dieser Zustand wird als *theoretische Sättigung* bezeichnet. Ziel ist es, eine Theorie mit möglichst hoher konzeptueller Dichte zu erarbeiten.

Das Vorgehen des theoretischen Samplings war in der vorliegenden Studie zum einen bei der Auswahl der Unternehmen ausschlaggebend (Abschn. 4.3.1), zum anderen bei der Auswahl von Interviewpartnerinnen und -partnern (Abschn. 4.4.1). Die Auswahl möglicher Fälle war aus forschungspraktischen Gründen jedoch begrenzt, weil die Zahl der von einer psychischen Arbeitsunfähigkeit betroffenen Beschäftigten erstens limitiert war und zweitens nicht alle der Betroffenen zu einem Interview bereit waren. Um weitere „ähnliche" bzw. kontrastierende Fälle erheben zu können, hätte die Datenerhebung entweder einen

längeren Zeitraum abdecken oder in zusätzlichen Unternehmen durchgeführt werden müssen, was jedoch den zeitlichen und pragmatischen Rahmen des Projekts gesprengt hätte. Wie Inga Truschkat et al. (2011, S. 373) argumentieren, lässt sich theoretische Sättigung auch durch eine hinreichende analytische Durchdringung des Materials sowie eine Verfeinerung der entwickelten Kategorien anhand einer begrenzten Anzahl Interviews erreichen.

Auf die in der Grounded Theory vorgeschlagenen Kodierverfahren und ihre Anwendung am Datenmaterial gehe ich in Abschn. 4.6 detailliert ein. Strauss und Corbin legen nahe, dass ein so genanntes Kodierparadigma die Aufmerksamkeit der Forscherin lenken soll. Dieses soll hier bereits eingeführt werden, um zu verdeutlichen, weshalb zusätzlich auf Analysestrategien der *situational analysis* nach Adele Clarke zurückgegriffen wird. Das Kodierparadigma beruht auf der methodologischen Annahme der sozialen Wirklichkeit als Prozess. Aus dem Material soll ein zentrales Phänomen herausgegriffen werden, das hinsichtlich seiner *Bedingungen* und seines *Kontextes,* also hinsichtlich seiner wichtigsten Eigenschaften, bestimmt wird. Darüber hinaus empfiehlt das Kodierparadigma, nach den *Strategien* zu suchen, mit denen sich die Handelnden auf dieses Phänomen beziehen. Außerdem sind die *Konsequenzen* zu benennen, die sich aus diesen Strategien ergeben, wie auch die *intervenierenden Bedingungen,* die sich darauf auswirken, inwiefern es den Handelnden gelingt, ihre Strategien umzusetzen (Strauss 1987, S. 64; Strauss und Corbin 1996, S. 78 ff.). Das Ziel besteht darin, eine Theorie zu entwickeln, die erklärt, inwiefern ein Phänomen für die Handelnden relevant und problematisch ist (Strauss 1987, S. 34). Dieses soll sich über eine Schlüsselkategorie ausdrücken lassen.

Clarke (2003, 2005) kritisiert die Idee, dass sich die Forscherin auf *einen* „basic social process" konzentrieren soll, um den herum Bedingungen, Strategien und Konsequenzen spezifiziert werden, wie es das Kodierparadigma nach Strauss und Corbin vorschlägt. In ihren eigenen Worten beabsichtigt sie mit der Situationsanalyse eine „Re-situierung" der Grounded Theory, indem sie diese methodologisch an den „postmodern turn" anpasst (Clarke 2003, S. 553). Die Analyse soll demnach stärker berücksichtigen, dass die empirische Realität stets konstruiert, situativ, fragmentiert, heterogen und instabil ist (Clarke 2003, S. 555). Nimmt man die als „postmodern" verstandene Auffassung der sozialen Realität ernst, kann es nach Clarke keinen einzelnen „basic social process" geben, sondern es gilt immer, mehrere soziale Prozesse bzw. die gesamte „Situation" in den Blick zu nehmen. Clarke ersetzt das Kodierparadigma durch die von Strauss geprägte Theorie der sozialen Welten, Arenen und Aushandlungen (Clarke 2003, S. 554). Soziale Wirklichkeit wird demzufolge in verschiedenen Gruppen und

Diskursen hervorgebracht und ausgehandelt. Damit gibt sie auch die Idee auf, dass die Analyse sich um *eine* Schlüsselkategorie kristallisieren soll.

Für die Erforschung von Deutungs-, Aushandlungs- und Koordinationsprozessen der betrieblichen Wiedereingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter erscheint es als sinnvoll, sich von der Idee eines einzelnen sozialen Prozesses, der für das zu untersuchende Phänomen grundlegend sein soll, wegzubewegen. So findet diese Aushandlung in parallelen Teil-Aushandlungen, multi-lokal und in verschiedenen sozialen Zusammenhängen statt, wie etwa zwischen den Betroffenen und ihren Ärztinnen, den Betroffenen und ihren Vorgesetzten oder Personalverantwortlichen. Dabei fließen verschiedene Diskurse und Definitionen von Arbeitsunfähigkeit ein. Clarke legt zudem stärkeren Wert darauf, die Rolle von Artefakten und Objekten für die Konstitution sozialer Realität in die Analyse einzubeziehen. Indem sie die Bedeutung von Objekten und sozialen Welten als Diskursuniversen betont, berücksichtigt die Situationsanalyse laut Diaz-Bone (2012) noch konsequenter als die traditionelle Grounded Theory die methodologischen Grundlagen des Pragmatismus.

Clarkes Auffassung der Situation, die Einheit der Analyse ist, erinnert an das Situationsverständnis der Soziologie der Konventionen. Sie lehnt ebenfalls die analytische Unterscheidung sowie eine einseitige Fokussierung auf die Mikro- oder Makroebene ab und geht davon aus, dass in einer Situation stets Elemente beider Ebenen präsent sind, bzw. auch Elemente, die man der Meso-Ebene zuordnen würde. Elemente, die die klassische Grounded Theory als situationsexterne Kontextbedingungen der Makroebene verstehen würde, betrachtet Clarke als situationsimmanent:

> in situational analysis, the conditions *of* the situation are *in* the situation. The conditional elements of the situation need to be specified in the analysis of the situation itself as *they are constitutive of it,* not merely surrounding it or framing it or contributing to it. (Clarke und Friese 2007, S. 364, Hervorhebungen i. O.)

Dies bedeutet für die Analyse, dass auch in der Betrachtung von Interaktionssituationen von Anfang an die Rolle von „Makro"- oder „Meso"-Phänomenen, wie z. B. Gesetzen, Organisationsstrukturen etc. berücksichtigt werden sollte. Indem ein solches Verständnis der Situation auch in der Datenanalyse umgesetzt wird, lässt sich das Postulat des methodischen Holismus der Soziologie der Konventionen (vgl. Abschn. 4.1) noch konsequenter umsetzen.

Als konkrete Strategien für die Analyse schlägt Clarke (2003, S. 554) vor, drei Typen von Karten anzufertigen. Diese werden im Folgenden sehr kurz vorgestellt. Auf die Anwendung, wie sie im Rahmen der vorliegenden Studie erfolgte, gehe

ich in Abschn. 4.6 ein. In *situational maps* soll die Forscherin die verschiedenen Elemente der Situation zu einander anordnen: dazu gehören sowohl menschliche als auch nicht menschliche Akteure, diskursive und weitere Elemente. Indem die Forscherin diese zueinander in Beziehung setzt, sollen generative Fragen entstehen, die zu weiteren Analysen des Datenmaterials veranlassen. In einem zweiten Typ von Karten, den *social worlds/arenas maps,* werden die Arenen, in denen sich die verschiedenen Akteurinnen in Aushandlungen einbringen, dargelegt. *Positional maps* dienen schließlich dazu, die von Akteuren eingenommenen und nicht eingenommenen möglichen diskursiven Positionen darzustellen. Für die vorliegende Studie wurden Karten des ersten Typs (Situationskarten) angefertigt (vgl. Abschn. 4.6).

4.3 Das Forschungsfeld: drei Unternehmen

Im Folgenden wird das Forschungsfeld vorgestellt, in dem die Daten für die vorliegende Studie erhoben wurden. Das Forschungsdesign beruht darauf, in drei Unternehmen Deutungs-, Aushandlungs- und Koordinationsprozesse der betrieblichen Wiedereingliederung zu untersuchen. Gemäß der iterativ-zyklischen Forschungslogik der Grounded Theory begann die Datenerhebung und -analyse in einem Unternehmen. Basierend auf den ersten Analyseergebnissen wurde dann ein zweites Unternehmen ausgewählt und daran anschließend ein drittes. Im Folgenden fasse ich die Überlegungen zusammen, die für diesen Sampling-Prozess maßgebend waren und stelle gleichzeitig die drei ausgewählten Unternehmen mit einigen Charakteristika vor (Abschn. 4.3.1). Wie der Feldzugang in diesen Unternehmen gelang, führe ich im Anschluss aus (Abschn. 4.3.2).

4.3.1 Die Auswahl der Unternehmen

Ein im Vorherein feststehendes Auswahlkriterium betraf die Unternehmensgröße. Aus verschiedenen Gründen wurden nur Großunternehmen für die Studie in Betracht gezogen. Ein Grund dafür ist, dass pro Unternehmen Interviews zu mehreren Fällen von Wiedereingliederungen geführt werden sollten. Bei Unternehmen mit einer kleineren Anzahl Beschäftigten bestand das Risiko, dass sich nicht genügend Fälle von Beschäftigten mit psychischer Arbeitsunfähigkeit finden würden. Aussagen über die Verhältnisse in KMU können im Rahmen dieser Studie

also nicht getroffen werden. Ein solcher Fokus könnte für weitere Untersuchungen interessant sein, würde allerdings ein anderes Forschungsdesign erfordern, in das eine größere Anzahl Unternehmen einbezogen werden müsste.

Als erstes Unternehmen habe ich ein Versicherungsunternehmen ausgewählt, zu dem über das SNF-Projekt „Berufliche Eingliederung zwischen Invalidenversicherung und Wirtschaft", an dem ich als wissenschaftliche Mitarbeiterin beteiligt war, bereits ein Feldzugang bestand.[3] Versicherungsunternehmen umfassen eine große Bandbreite an Tätigkeiten im Dienstleistungsbereich mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus, Routineanteilen und Modi der Leistungssteuerung: Sachbearbeitung, Kundenberatung, Informatik, Mathematik, Buchhaltung, Administration u.v.m. Dadurch gelangten Fälle von Wiedereingliederungsprozessen aus Bereichen mit variierenden Arbeitsbedingungen, Formen der Zusammenarbeit und Leistungsbewertung ins Sample. Dies erlaubt es, die Bedeutung von Formen der Arbeitsorganisation für Deutungs-, Aushandlungs- und Koordinationsprozesse der betrieblichen Wiedereingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter zu analysieren. Ich bezeichne dieses erste Unternehmen im Folgenden mit dem Pseudonym *Komfortia.* Diese Versicherung hat ca. 4000 Beschäftigte in der Schweiz. Zwischen 2015 und 2017 konnte ich an verschiedenen Unternehmensstandorten insgesamt 16 Interviews führen und betriebliche Dokumente sammeln. Um die durch die Datenanalyse angeleiteten Sampling-Entscheidungen zu erklären, nehme ich hier bereits ein paar Ergebnisse vorweg: So zeigte sich in der Versicherung *Komfortia,* dass insbesondere für Kundenberater hohe psychische Belastungsrisiken bestanden, dass in diesem Bereich besonders viele Fälle psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit vorlagen und eine Weiterbeschäftigung sich oft als schwierig herausstellte, weil dieser Job durch einen hohen Leistungsdruck und die Unmöglichkeit von Teilzeitarbeit gekennzeichnet ist.

Als minimalen Kontrast (Glaser und Strauss 1998) und im Hinblick auf eine „maximale Komparabilität" (Schultheis 2012, S. 176 ff.) wählte ich ein weiteres Unternehmen aus der Versicherungsbranche aus. Mitentscheidend für diese Wahl war die Frage, inwiefern auch hier die Interpretationsfolie der psychisch überlasteten Kundenberater und weitere damit verbundene Deutungs- und Begründungsmuster vorzufinden wären. Das ausgewählte Unternehmen ist gleich groß, hat also ebenfalls ca. 4000 Beschäftigte in der Schweiz. Ich benenne es mit

[3] Es handelt sich um das bereits erwähnte, vom Schweizerischen Nationalfonds finanzierte Forschungsprojekt (Nr. 153638) „Berufliche Eingliederung zwischen Invalidenversicherung und Wirtschaft", dessen soziologisches Teilprojekt unter der Leitung von Prof. Dr. Eva Nadai stand. Acht der 31 Interviews, die die Datengrundlage der vorliegenden Dissertationsstudie bilden, habe ich im Rahmen dieses Projekts geführt. Sie waren somit auch Teil des Datenkorpus dieses Projekts.

dem Pseudonym *Celestia*. Hier gelang der Feldzugang über einen persönlichen Kontakt. Zwischen 2017 und 2018 konnten zehn Interviews geführt, Dokumente gesammelt und bei zwei Anlässen teilnehmend beobachtet werden. Auch wenn hier kein Diskurs über überlastete Kundenberater vorzufinden war, bestätigte sich der Eindruck, dass die Arbeitsbedingungen und Modi der Leistungssteuerung eines Arbeitsbereichs für die Deutung von Arbeitsunfähigkeit und Begründungen von Wiedereingliederungsentscheidungen relevant sind. Es schien daher angemessen, als maximalen Kontrast ein Unternehmen aus einer ganz anderen Branche auszuwählen.

Als maximalen Kontrast habe ich einen industriellen Produktionsbetrieb ausgewählt, der mit ca. 1000 Beschäftigten kleiner ist als die beiden Versicherungsunternehmen. Ich benenne ihn mit dem Pseudonym *Industriebetrieb*. Das Unternehmen produziert im Bereich der Konsumgüterindustrie und stellt auch Güter für den Export her. Tätigkeiten umfassen hauptsächlich handwerkliche Berufe und einen gewissen Anteil Jobs ohne formale Qualifikationsanforderungen. Dabei handelt es sich vorwiegend um repetitive Fabrikarbeiten, bei denen im Schichtmodell gearbeitet wird. Im Gegensatz zu den Hauptstandorten der Versicherungsunternehmen ist der Produktionsbetrieb, in dem die Datenerhebung durchgeführt wurde, in einer ländlichen Umgebung verortet. Der Kontakt zum Unternehmen kam zustande, weil ich auch hier schon für das Forschungsprojekt „Berufliche Eingliederung zwischen Invalidenversicherung und Wirtschaft" ein Interview hatte führen können. Im *Industriebetrieb* konnte ich im Jahr 2017 insgesamt fünf Interviews führen, Dokumente sammeln und bei zwei Anlässen teilnehmend beobachten.

Alle drei Unternehmen genießen in der Öffentlichkeit die Reputation, als Arbeitgeberinnen soziale Verantwortung wahrzunehmen und legen Wert darauf, diesen Ruf nicht zu gefährden. Dies mag als Faktor für die Bereitschaft zur Teilnahme am Forschungsprojekt mitgespielt haben.

4.3.2 Feldzugang über das betriebliche Gesundheitsmanagement

Die Anfrage bezüglich einer möglichen Datenerhebung richtete ich an die Personalabteilung der Unternehmen oder direkt an das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM). Da dieses eine interne Anlaufstelle für gesundheitlich eingeschränkte Mitarbeitende ist und Eingliederungsmaßnahmen koordiniert, eignete sich das BGM als Koordinationsstelle für die Feldforschung. Das BGM

ist die betriebliche Einheit, bei der die Fäden der Begleitung kranker Beschäftigter zusammenlaufen und bei der das Wissen, wer wann von was betroffen war, zentralisiert ist. Dies macht das BGM für die Feldforschung zur strategisch zentralen Akteurin, die dank persönlicher Kontakte zu diversen Betroffenen und deren betrieblichem Umfeld in der Lage ist, Interviewpartnerinnen und -partner zu vermitteln.

Die drei ausgewählten Unternehmen verfügen alle über ein BGM. In den Versicherungen ist es als eigene Fachstelle organisiert und mit mehreren Vollzeitäquivalenten ausgestattet. Im *Industriebetrieb* handelt es sich um ein alle zwei Wochen tagendes Gremium, das sich aus zwei Personalverantwortlichen, dem Produktionsleiter und einem Mitarbeitervertreter zusammensetzt. Das BGM ist in den drei Unternehmen ähnlich ausgerichtet. Es umfasst eine breite Palette an Angeboten und Aufgaben. Es organisiert Angebote zur Gesundheitsförderung, wie sportliche Aktivitäten für die Beschäftigten, bietet Schulungen und Workshops für Führungskräfte an, die der Sensibilisierung für Gesundheitsfragen dienen sollen und es ist für die Verwaltung von Krankheitsfällen zuständig. Letztere umfasst das so genannte Absenzenmanagement[4] bzw. Krankheitsmonitoring: Dabei werden krankheitsbedingte Abwesenheiten von Beschäftigten systematisch beobachtet, ausgewertet und zur Grundlage von Interventionen gemacht, die z. B. den beruflichen Wiedereinstieg erleichtern bzw. beschleunigen sollen. Außerdem gehört dazu die intensivere Begleitung von Beschäftigten, die über längere Zeit arbeitsunfähig sind, wie auch das Koordinieren medizinischer Behandlungen und das Durchführen von Eingliederungsmaßnahmen. In den beiden Versicherungen bietet das BGM zusätzlich Beratung und Begleitung für Beschäftigte in diversen Problemlagen an, ohne dass eine ärztliche Krankschreibung vorliegen muss. Insbesondere die zuletzt genannten Aufgaben erinnern an das klassische Tätigkeitsspektrum der Sozialen Arbeit. In den BGM der drei Unternehmen werden jedoch keine Sozialarbeitenden beschäftigt. Es handelt sich vielmehr um Quereinsteigerinnen aus der betrieblichen Personalarbeit, dem Sozialversicherungswesen, dem Pflegebereich und anderen Gesundheitsberufen.

In der Anfrage an die Unternehmen stellte ich die Fragestellung und Zielsetzung des Forschungsprojekts in groben Zügen vor und schilderte Art und Umfang der anvisierten Datenerhebung. Für die Kontaktierten handelte es sich dabei um eine ungewohnte Anfrage, insbesondere was den eher großen Umfang der Erhebung betrifft. Ähnlich wie in der ethnografischen Feldforschung muss der Feldzugang für eine solche Datenerhebung wiederholt ausgehandelt werden.

[4] Absenzenmanagement ist der in der Schweiz gebräuchliche Ausdruck für ein Fehlzeitenmanagement.

Wie Breidenstein et al. (2013, S. 50 ff.) festhalten, bereitet ein Gatekeeper das Feld im Idealfall auf die Feldforschung vor. In Unternehmen als Gebilde mit klar definierter Zugehörigkeit und Außengrenzen ist dieser Schritt essenziell. So bedarf die Anwesenheit „Fremder", d. h. Nicht-Unternehmensangehöriger, einer stichhaltigen Begründung gegenüber anderen betrieblichen Akteurinnen. Im Falle der Studie bestand die Begründungspflicht nicht nur gegenüber hierarchisch höher gestellten Akteuren, sondern auch gegenüber den Personen, mit denen die BGM-Mitarbeitenden ein Vertrauensverhältnis unterhielten und die sie nun auffordern sollten, bezüglich des heiklen Themas psychischer Erkrankungen jemand Aussenstehendem Auskunft zu geben.

Für die Gatekeeper ist diese Forschungsanfrage also eine komplexe Aufgabe. Wie gut sie zu bewältigen ist, hängt für BGM-Verantwortliche auch davon ab, welchen informellen Status das BGM im Unternehmen besitzt: ist es bei der Unternehmensleitung und den Beschäftigten generell anerkannt und unumstritten, so besitzen sie mehr Spielraum, externen Forschenden den Zugang zum Unternehmen zu gewähren. Gerade Personalabteilungen größerer Unternehmen reagieren zunächst oft abwimmelnd auf Forschungsanfragen. So stellten sich die BGM-Leiterinnen der beiden Versicherungen anfänglich als zu beschäftigt und übererforscht dar, sie verwiesen darauf, dass sie bereits etliche Interviews für Qualifikationsarbeiten von Studierenden gegeben haben und beklagten sich über deren unprofessionelles Vorgehen. Bei einem Versicherungsunternehmen erhielt ich zunächst eine unverbindliche Zusage. Jedoch erst nach mehrfachem Nachfragen über einige Monate wurden mir Interviewkontakte vermittelt. Im anderen Versicherungsunternehmen forderte die BGM-Leitung eine Gegenleistung: ich sollte an einer betriebsinternen Schulung als Expertin auftreten und ein Referat zum Thema psychische Belastungen bei der Arbeit halten. Dies diente der BGM-Leitung unter anderem zur internen Rechtfertigung der Unterstützung meiner Feldforschung. Ich ging auf diese Anfrage ein und betrachtete sie als Gelegenheit, erste Eindrücke vom Unternehmen zu gewinnen und einen „Rapport" zu meiner Gatekeeperin aufzubauen (Breidenstein et al. 2013, S. 63).

Die Art und Weise der Erschließung des Feldzugangs ist laut Breidenstein et al. (2013, S. 59) bereits eine Erkenntnisquelle, aus der man über das Feld lernen kann. So ließ sich daran u. a. ablesen, auf welche Weise die Gatekeeper die Unterstützung des Forschungsprojekts organisationsintern legitimieren mussten. Im *Industriebetrieb* lief die Aushandlung relativ problemlos ab, was vermutlich mit der Position des BGM-Leiters zu tun hat, der zugleich der Personalchef des gesamten Unternehmens ist und damit über eine starke Verhandlungsposition verfügt. Ein Grund, warum die BGM-Leitenden das Forschungsprojekt unterstützten, lag möglicherweise auch im Anliegen, zu zeigen, dass sich ihr Unternehmen im

Bereich psychische Gesundheit engagiert und hier eine Vorbildrolle einnimmt. Zudem handelte es sich bei psychischer Arbeitsunfähigkeit zumindest in zwei Unternehmen um ein Thema, das zum Zeitpunkt der Erhebung als dringendes Problem wahrgenommen wurde.

Der Feldzugang über das BGM hatte für die Feldforschung die Konsequenz, dass ich zu diesen einen engen Kontakt aufbaute. So ging ich nach einer Forschungsgelegenheit mit BGM-Verantwortlichen in der betrieblichen Kantine zum Mittagessen und trat damit auch im informellen Rahmen in ihrem Umfeld auf. Bei den Anlässen, an denen ich teilnehmend beobachtete, wirkte ich wie eine Assistentin der BGM-Verantwortlichen. Von den anderen Interviewpartnerinnen und -partnern wurde ich deshalb als dem BGM nahestehend – und damit als der Arbeitgeberseite zugehörig – wahrgenommen. Für die Datenerhebung war also eine gewisse Reserviertheit und Zurückhaltung bezüglich derjenigen Themen zu erwarten, die die Teilnehmenden gegenüber dem BGM nicht offenlegen wollten, auch wenn ich ihnen die Vertraulichkeit des Gesprächs zusicherte. Trotz dieser Einschränkung erwiesen sich viele Interviewte als erstaunlich offen. Einige von ihnen gaben Informationen preis, von denen sie sagten, dass sie sie gegenüber ihren Vorgesetzten nicht offengelegt hatten. Zu einem Teil ist dies möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die BGM-Verantwortlichen mir vor allem Interviewte vermittelten, zu denen sie ein positives, vertrauensvolles Verhältnis pflegten, weil bei diesen die Wahrscheinlichkeit einer Zusage am höchsten war. Dieses Vertrauensverhältnis übertrugen sie möglicherweise auch auf mich als Vertrauensperson des BGM.

4.4 Datenerhebung

Um Erkenntnisse zu Prozessen der Deutung, Aushandlung und Koordination betrieblicher Wiedereingliederungsprozesse zu gewinnen, verfolgt die Studie zwei unterschiedliche Strategien: Zum einen habe ich detaillierte Informationen zu konkreten Deutungs- und Aushandlungsprozessen erhoben, wie sie bei individuellen Fällen von Beschäftigten mit psychischer Arbeitsunfähigkeit stattgefunden haben. An diesen Fallbeispielen lassen sich Verläufe und Praktiken der Deutung und Aushandlung beispielhaft und unmittelbar nachvollziehen. Zum anderen dienen die allgemeinen Beschreibungen, Einschätzungen und Erfahrungen von Personen, deren fachliche Funktion mit Wiedereingliederung zu tun hat, als Informationsquelle. Diese waren zudem in der Lage, über formale Prozesse und informelle Praktiken der Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung Auskunft zu geben. Beide Strategien beruhen auf Interviews als Erhebungsmethode

(Abschn. 4.4.1). Ergänzende Informationen zu Praktiken, Diskursen und Organisationsstrukturen konnte ich durch gelegentliche teilnehmende Beobachtung und Dokumentenanalyse gewinnen (Abschn. 4.4.3).

4.4.1 Die Interviews

Für die um einzelne Fälle von Beschäftigten zentrierte Datenerhebung verfolgte ich das Ziel, multiperspektivische Daten zu gewinnen. Wenn möglich sollten mehrere Perspektiven zu einem Fallverlauf berücksichtigt werden: diejenige der betroffenen Beschäftigten, ihrer Vorgesetzen und BGM- oder HR-Verantwortlichen. Interviewt habe ich neun Beschäftigte, die im Zusammenhang mit einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit vom BGM beraten und begleitet wurden. In vier Fällen war es möglich, auch die direkten Vorgesetzten und die begleitenden BGM-Verantwortlichen zu interviewen, bei weiteren fünf konnte ein Interview mit einem der beiden geführt werden. Detaillierte Informationen zu weiteren sechs Fallverläufen konnten ich in Interviews mit Vorgesetzten und/oder BGM-Verantwortlichen gewinnen, ohne dass ein Interview mit den Betroffenen möglich war. Insgesamt liegen also zu 15 Fallverläufen detaillierte Informationen vor. Tab. 4.1 gibt einen Überblick über die Fälle des Samples.

Es gelang also nicht, für jeden Fallverlauf sowohl die Beschäftigten als auch ihre Vorgesetzten und BGM-Verantwortlichen zu interviewen. Zudem liegen zu den Fallverläufen, bei denen dies nicht gelang, Interviews mit unterschiedlichen Akteurstypen vor: Bei einigen konnten nur die Beschäftigten und ihre BGM-Begleitpersonen, bei anderen lediglich die Vorgesetzten sowie die zuständigen BGM-Verantwortlichen interviewt werden. Zwei Fallverläufe konnten sogar nur aus der Perspektive der BGM-Verantwortlichen erfasst werden. Dies schränkt die Vergleichbarkeit der erhobenen Fallverläufe ein. Für das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie, deren Analyseeinheit wie oben erwähnt die *Situation* und nicht die Fallebene der Wiedereingliederungsverläufe ist, stellt dies jedoch keine grundsätzliche Einschränkung dar.[5]

Der Kontakt zu den Interviewten kam durch das BGM zustande. Wie bereits erwähnt kann davon ausgegangen werden, dass dieser Weg der Kontaktaufnahme

[5] Zusätzliche Perspektiven auf den Fallverlauf erlauben mehr Rückschlüsse auf die Situation, z. B. auf alternative Interpretationsmuster oder geschlossene Kompromisse (vgl. dazu Abschn. 4.6). Ihr Fehlen bedeutet aber nicht, dass aus den zum Fallverlauf erhobenen Daten kein Erkenntnisgewinn in Bezug auf die Situation der Wiedereingliederung möglich ist, d. h. in Bezug auf die Objekte, kognitiven Formaten, Koordinationserfordernisse, Organisationsformen und Personen, die – unabhängig vom Einzelfall – eine Rolle spielen.

Tab. 4.1 Überblick über die Fälle der betroffenen Beschäftigten

Fall (Pseudonym)	Interview mit beschäftigter Person	Interview mit vorgesetzter Person	Interview mit BGM-Begleitperson[6]
Erich Müller	x	x	x
Simon Rohner	x	x	x
Bernhard Aebischer	x	x	x
Karl Bellmann	x	x	x
Irina Cerny	x	x	
Ugo Mantovani	x	x	
Benjamin Ramseier	x		x
Hannah Bachmann	x		x
Lars Flury	x		x
Helen Marti		x	x
Valentin Reimann		x	x
Thomas Sommer		x	x
Marc Stettler		x	x
Daniela Jovanovic			x
Elena Zahner			x

die Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner dahingehend beeinflusste, dass es sich um Fälle handelte, die zu ihrer BGM-Bezugsperson eine tragfähige Beziehung hatten. Personen, die mit dem BGM in einem Konflikt standen oder dieses gänzlich ablehnten, konnten so nicht ins Sample gelangen, was eine Einschränkung darstellt. Die Interviewten konnten den Ort des Interviews selbst bestimmen. Während die Interviews mit Vorgesetzten, BGM- und HR-Verantwortlichen in deren Büros oder in Besprechungsräumen der Firma stattfanden, entschieden sich ein paar Betroffenen auch für unternehmensexterne Räumlichkeiten, z. B. Cafés.

In den Interviews mit den Beschäftigten orientierte ich mich an der Vorgehensweise der teilnarrativen Interviewführung. Dabei handelt es sich um eine Form des Leitfadeninterviews, bei der man durch das Setzen von Erzählstimuli wiederholt zu Erzählungen anzuregt, in denen die Interviewten Erlebtes nach ihren

[6] Da BGM-Verantwortliche mehrere Beschäftigte gleichzeitig betreuen, gaben sie in den Interviews jeweils über mehrere Fälle Auskunft. Die Anzahl Kreuze bei den BGM-Verantwortlichen ist daher nicht mit der Anzahl Interviews gleichzusetzen.

eigenen Relevanzen ordnen (Helfferich 2011). Während der einzelnen Erzählsequenzen sollen die Interviewten möglichst nicht unterbrochen, sondern nur durch Hörersignale zum Weitererzählen ermuntert werden. Rückfragen werden erst in den Nachfrageteilen gestellt, die sich an jede Teilerzählung anschließen. Die Interviews mit den Beschäftigten begannen mit der Bitte zu erzählen, wie sie zur Firma gekommen sind, mit welcher Tätigkeit sie angefangen haben und wie es sich seither entwickelt hat. Ein zweiter Erzählstimulus beinhaltete die Bitte, ausführlich zu erzählen, wie es dazu kam, dass sie mit dem BGM in Kontakt kamen und wie es danach weiterging. Diese Erzählung machte in der Regel den Hauptteil des Interviews aus. Anschließend stellte ich den Interviewten Fragen zu ihren Arbeitsbedingungen, zu einzelnen Maßnahmen der Weiterbeschäftigung und Wiedereingliederung sowie zu ihrer aktuellen Arbeitssituation. Die Interviews mit den Beschäftigten dauerten zwischen einer und zwei Stunden.

Auch die fallbezogenen Interviews mit Vorgesetzten und BGM-Verantwortlichen enthielten einen narrativen Teil, in dem ich sie bat, ausführlich zu erzählen, wie sie die betroffene Person kennengelernt haben und wie es dazu kam, dass das BGM eingeschaltet wurde. Die BGM-Verantwortlichen fragte ich innerhalb eines Interviews in der Regel nach mehreren Fällen. Anschließend folgte ein stärker leitfadenstrukturierter Teil, in dem ich nach weiteren Erfahrungen mit psychisch erkrankten Mitarbeitenden fragte, sowie nach Praktiken der Wiedereingliederung, relevanten Organisationsstrukturen und Abläufen im Zusammenhang mit Krankschreibung. Die Interviews mit HR-Verantwortlichen waren hauptsächlich leitfadenstrukturiert und bezogen sich neben den Praktiken und Strukturen der Wiedereingliederung auch auf die Art und Weise der betrieblichen Leistungsbeurteilung und den Umgang mit Leistungsproblemen. Insgesamt habe ich elf Vorgesetzte, sechs BGM-Verantwortliche und fünf Personalverantwortliche interviewt. Diese Interviews dauerten zwischen einer und zwei Stunden. Mit zwei BGM-Verantwortlichen habe ich im Laufe der Feldforschung zudem ein weiteres, in einem Fall sogar noch ein drittes Interview geführt. Sämtliche Interviews habe ich als Audio-Aufnahmen aufgezeichnet und vollständig transkribiert.

4.4.2 Das Sample

Im Folgenden stelle ich einige Charakteristika des Samples der Fälle von Beschäftigten mit psychischer Arbeitsunfähigkeit dar. Ein Problem des Sampling bestand darin, dass sich nur eine begrenzte Anzahl von Personen überhaupt für ein Interview zur Verfügung stellte, was die Fallauswahl einschränkte. Im Zuge der ersten

Analysen des Materials erwiesen sich wie bereits in Abschn. 4.3 erwähnt die Tätigkeit und deren Arbeitsbedingungen als relevanter Hintergrund für die Interpretation und Aushandlung von Wiedereingliederungsmöglichkeiten. Daher habe ich, soweit eine Wahl möglich war, im Sinne eines *theoretical sampling* darauf geachtet, Fälle aus unterschiedlichen Tätigkeiten einzubeziehen. Die Grundidee hierbei war, Arbeitsbedingungen nicht (primär) als Faktor für die Entstehung psychischer Probleme in Betracht zu ziehen, sondern als Faktor, der Praktiken, Möglichkeiten und Begründungslogiken im Zusammenhang mit beruflicher Wiedereingliederung beeinflusst.

Die Tätigkeiten der Interviewten verteilen sich bis auf drei Ausnahmen auf die folgenden Felder: Kundenberater im Versicherungsaußendienst, Buchhaltung, IT, Sachbearbeiter oder Tätigkeiten der industriellen Produktion. (Für eine genauere Beschreibung der jeweiligen Arbeitsbedingungen siehe Abschn. 7.1). Zum Zeitpunkt der Datenerhebung waren die Interviewten zwischen 25 und 60 Jahren alt. Bezüglich der Vertretung beider Geschlechter ist das Sample der Beschäftigten unausgeglichen. Weil sich nicht mehr Frauen für ein Gespräch zur Verfügung stellten, konnte ich nur zwei weibliche Betroffene direkt interviewen, während sieben der interviewten Betroffenen Männer sind. Zwar gibt es im Datenmaterial keine konkreten Hinweise darauf, dass das Geschlecht im Deutungs- und Aushandlungsprozess eine Rolle spielt. Aus der Forschung ist jedoch bekannt, dass Frauen und Männer in unterschiedlicher Weise von psychischen Erkrankungen betroffen sind und unterschiedlich mit psychischen Gesundheitsproblemen umgehen (Rosenfield und Mouzon 2012). So sind beispielsweise Männer zurückhaltender bei der Offenlegung psychischer Probleme sowie der Inanspruchnahme therapeutischer Unterstützung (Brown et al. 2018). Um das Geschlechterverhältnis auszugleichen, bat ich deshalb Vorgesetzte und BGM-Verantwortliche um ausführliche Schilderungen zu den Verläufen weiblicher Betroffener. Das gesamte Sample der Fälle setzt sich somit aus zehn männlichen und fünf weiblichen Beschäftigten zusammen. Die Untervertretung der *subjektiven* Perspektive weiblicher Betroffener stellt aber dennoch eine Einschränkung der Studie dar. Hinsichtlich der medizinischen Diagnosen dominierte, wo überhaupt eine Diagnose gestellt bzw. kommuniziert war, die Depression.

Erwähnenswert ist zudem, was für Verläufe im Sample vertreten sind. Von den insgesamt 15 BGM-Fällen galten zum Zeitpunkt der Datenerhebung sechs als abgeschlossen. In drei Fällen waren die Betroffenen wieder zu denselben Bedingungen wie vor der Krankschreibung an ihrem angestammten Arbeitsplatz tätig. In drei Fällen war das Arbeitsverhältnis beendet worden bzw. seine Auflösung stand kurz bevor. Nimmt man den von den Akteuren erwarteten bzw. vereinbarten Abschluss der BGM-Begleitung hinzu, zeigt sich folgendes Bild:

In sechs Fällen findet eine Wiedereingliederung zu denselben Bedingungen statt, bzw. wird angestrebt. In drei Fällen war eine Wiedereingliederung unter angepassten Bedingungen im Gespräch, etwa durch eine Reduktion des Pensums oder den Wechsel des Arbeitsplatzes. Es ist davon auszugehen, dass Fälle, in denen eine Weiterführung des Arbeitsverhältnisses von den Beteiligten als realistisch und erstrebenswert angesehen wird, in diesem Sample übervertreten sind. Baer et al. (2017, S. 13) belegen anhand einer Befragung von Führungskräften in der Schweiz, dass es bei psychischen Erkrankungen häufiger zu einer Kündigung des Arbeitsverhältnisses kommt. Diese Zusammensetzung des Samples ist vermutlich wiederum der Vermittlung der Fälle durch die BGM-Verantwortlichen geschuldet, die entweder geneigt waren, besonders „erfolgreiche“ Fälle zu präsentieren oder Interviewpartner vermittelten, zu denen sie ein gutes, wenig belastetes Verhältnis pflegten.

4.4.3 Weitere Daten und Datenübersicht

Ergänzend zu den Interviews dienen betriebliche Dokumente und Feldnotizen aus teilnehmender Beobachtung als Datenmaterial. Teilnehmend beobachten konnte ich im *Industriebetrieb* bei einer BGM-Sitzung zum Thema psychische Gesundheitsprobleme, zudem nahm ich an einer ca. einstündigen Betriebsbesichtigung teil. In der *Celestia* nahm ich an zwei Schulungen zur Sensibilisierung für das Thema Gesundheit und psychische Belastungen teil. Bei der einen unterstützte ich die zuständige BGM-Verantwortliche bei der Vorbereitung, bei der anderen hielt ich selbst einen Vortrag. Zudem nahm ich in beiden Unternehmen an informellen Mittagessen mit HR- und BGM-Mitarbeitenden teil. Diese Beobachtungsgelegenheiten erwiesen sich als aufschlussreich hinsichtlich der betrieblichen Diskurse zum Thema psychische Belastungen und Erkrankungen. Die Beobachtungen habe ich jeweils direkt nach den Anlässen als Feldnotizen schriftlich festgehalten.

Zudem erhielt ich von den BGM- und HR-Verantwortlichen folgende internen Dokumente: Präsentationen und Statistiken zum BGM der beiden Versicherungsunternehmen, ein Sitzungsprotokoll einer BGM-Sitzung im *Industriebetrieb* sowie einen HR-Leitfaden zum Disziplinarverfahren der *Komfortia*. Diese Dokumente geben Aufschluss über betriebliche Formate, die den Umgang mit Langzeitkranken, Konfliktfällen und Leistungsproblemen strukturieren.

Tab. 4.2 gibt eine Übersicht über die erhobenen Daten.

Tab. 4.2 Datenübersicht

UNTERNEHMEN/INTERVIEWS	*KOMFORTIA*	*CELESTIA*	*INDUSTRIEBETRIEB*	**TOTAL**
Beschäftigte	5	3	1	**9**
Vorgesetzte	6	3	2	**11**
BGM-Verantwortliche	2	3	1	**6**
HR-Verantwortliche[7]	3	1	1	**5**
TOTAL INTERVIEWS	16	10	5	**31**
DOKUMENTE	BGM-Berichte und -Statistiken, BGM-Protokoll, Leitfaden Disziplinarverfahren			
BEOBACHTUNG	BGM-Schulungen, BGM-Sitzung, Betriebsbesichtigung			

[7] Der HR-Chef des *Industriebetriebs* ist zugleich Leiter des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Hier wird er als HR-Verantwortlicher gezählt.

4.5 Forschungsethische Fragen

Die multiperspektivische Erhebung von Fallinformationen zu einem persönlichen und tabuisierten Thema wie psychische Erkrankungen bringt aus forschungsethischer Sicht Herausforderungen mit sich. Diese betreffen zum einen die Frage der Anonymisierung und Vertraulichkeit der Daten und zum anderen die potenziellen Auswirkungen der Datenerhebung auf das Feld und die betroffenen Beschäftigten. So könnte die spezielle Aufmerksamkeit durch eine externe Forscherin bei betrieblichen Akteuren zu einer verstärkten Wahrnehmung der Situation als problematisch führen, was sich negativ auf die Betroffenen auswirken könnte. Ähnlich angelegte Untersuchungen begründen den Verzicht auf eine multiperspektivische Erhebung von Falldarstellungen denn auch mit dem Verweis auf Forschungsethik (Alsdorf et al. 2017, S. 13; Windscheid 2019b, S. 165), jedoch ohne weiter auszuführen, in welcher Hinsicht Vorbehalte bestehen.

Die Problematik, dass durch die Aufmerksamkeit der Forscherin die Wahrnehmung der Interviewten beeinflusst werden kann, ist im Forschungsfeld der vorliegenden Studie als begrenzt einzuschätzen. Eine Problemfokus wurde nämlich bereits dadurch etabliert, dass das BGM die betroffenen Beschäftigten begleitet und auch die Vorgesetzten im Umgang mit der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit berät.

Ein Problem des Datenschutzes besteht bei der Datenerhebung: Im Wissen, dass die Forscherin durch ihre verschiedenen Einblicke mehr weiß als sie selbst, könnten Interviewte versuchen, Informationen von ihr zu erhalten. Um dieser Problematik zu begegnen, habe ich das fallbezogene Interview mit den Vorgesetzten, BGM- oder HR-Verantwortlichen nach Möglichkeit zeitlich vor das Interview mit den betroffenen Beschäftigten gelegt. Dadurch war klar, dass ich bei diesen Interviews noch nichts zur Perspektive der Betroffenen wusste und auch durch Mimik und Reaktionen auf Darstellungen der Interviewten keine Informationen über sie preisgeben konnte. Selbstverständlich wurden die Betroffene bei der Interviewanfrage informiert, dass ich auch mit ihren Vorgesetzten bzw. BGM-Verantwortlichen sprechen würde, und willigten im Einverständnis damit ins Interview ein.

Ein weiteres Anonymisierungsproblem stellt sich bei der Darstellung der Forschungsergebnisse. Werden zur Untermauerung von Analyseergebnissen Details zu Fallbeispielen und Ausschnitte aus dem Datenmaterial veröffentlicht, besteht die Möglichkeit, dass sich die in den Fall involvierten Parteien gegenseitig erkennen, falls sie die Publikation lesen. Dies ist möglich, auch wenn Merkmale zur Identifizierung der Befragten verändert werden. Der ethische Grundsatz der

Anonymisierung ist in der qualitativen und insbesondere der ethnografischen Forschung, die oft mit multiperspektivischer Datenerhebung arbeitet, insofern nur eingeschränkt umsetzbar (von Unger et al. 2014; Breuer et al. 2017; van den Hoonaard 2003). Ein möglicher Umgang mit dieser Problematik besteht darin, Analyseergebnisse nur beschränkt anhand von Einzelfällen und Datenausschnitten zu untermauern und sie stattdessen auf einer höheren Abstraktionsebene zu präsentieren (Breuer et al. 2017, S. 379). Dies schränkt wiederum die intersubjektive Überprüfbarkeit der Ergebnisse ein und verunmöglicht damit, einem zentralen Gütekriterium für die Darstellung qualitativer Forschungsergebnisse zu genügen (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 401 f.). Eine weitere Strategie besteht darin, sich nach möglichen Rückwirkungen der Veröffentlichung von Daten auf das Forschungsfeld zu fragen (Breuer et al. 2017, S. 381). Erfolgt die Publikation erst einige Jahre nach der Datenerhebung, sind möglicherweise keine größeren Auswirkungen bzw. kein größeres Interesse mehr zu erwarten (van den Hoonaard 2003).

Im Fall der vorliegenden Studie liegt die Datenerhebung beim Abschluss des Manuskripts bereits drei bis sechs Jahre zurück. Einige Interviewte werden zum Zeitpunkt der Publikation nicht mehr in derselben Organisationseinheit oder gar im selben Unternehmen arbeiten. Zudem ist davon auszugehen, dass sich die beschriebenen Problem- und Arbeitssituationen in vielen Fällen bereits stark verändert haben. Um dennoch negative Auswirkungen der Veröffentlichung zu verhindern, greife ich zum Teil auf die Strategie der „ausschnitthaften Veröffentlichung" (Breuer et al. 2018, S. 379) zurück: so verzichte ich auf die Publikation der vollen Fallanalysen, in denen sämtliche Informationen zu einem Fallbeispiel versammelt sind. Bei den zwei Fallanalysen, die im empirischen Teil präsentiert werden, handelt es sich um gekürzte Versionen. Darüber hinaus diskutiere ich Aspekte aus Fallbeispielen mit so wenig Kontextinformationen wie möglich.

4.6 Datenanalyse

Zur konkreten Umsetzung des Kodierens von Daten im Rahmen der Grounded Theory-Analyse formulieren Strauss (1987) sowie Strauss und Corbin (1996) Faustregeln: Die Analyse beginnt mit dem *offenen Kodieren,* das zunächst dazu dient, sich von der Konkretheit und Selbstverständlichkeit der Daten zu lösen, um sie von einer konzeptuellen Ebene aus begreifen zu können (Strauss 1987, S. 28 ff.). Dabei sind entweder soziologisch konstruierte Kodes zu vergeben, die sich aus dem Fach- oder Kontextwissen der Forscherin ergeben, oder so genannte „In-Vivo-Kodes", also Begriffe, die von den Akteurinnen im Forschungsfeld

selbst verwendet werden. Beim offenen Kodieren geht es darum, erste Konzepte zu entwickeln, nach ihren verschiedenen dimensionalen Ausprägungen zu suchen, Zusammenhänge zu entdecken und weiterführende Fragen zu generieren. Vorläufige Erkenntnisse sind als „Memos" auszuformulieren und getrennt von den Daten aufzubewahren. Im Schritt des *axialen Kodierens,* der darauf abzielt, mehr über die Beziehungen zwischen Konzepten herauszufinden, gilt es, analytisch vielversprechende Kategorien herauszugreifen und um ihre „Achse" weitere Konzepte zu entwickeln. Dabei soll das Kodierparadigma (vgl. Abschn. 4.2) die Aufmerksamkeit der Forscherin lenken (Strauss und Corbin 1996, S. 78–86). Während des Analyseprozesses wechselt man beständig hin und her zwischen offenem und axialem Kodieren.

Das Datenmaterial der vorliegenden Studie wurde komplett offen kodiert. Ergänzend zum Analyseverfahren der Grounded Theory habe ich parallel zum offenen Kodieren Fallanalysen zu den einzelnen betroffenen Beschäftigten und den zu ihrem „Fall" stattfindenden Deutungs- und Aushandlungsprozessen angefertigt. Dies bot sich insbesondere bei den Fällen an, zu denen Interviews aus unterschiedlichen Perspektiven vorliegen. Die Fallanalysen erwiesen sich als anregend für das offene Kodieren im Hinblick auf Deutungs- und Aushandlungsprozesse, weil durch das Kombinieren unterschiedlicher Perspektiven umstrittene Definitionen, Aushandlungsmomente und gemeinsame Handlungsanliegen ersichtlich wurden. Relativ bald habe ich zudem als ergänzende Analysemethode Situationskarten erstellt, was für das offene Kodieren und Verfassen von Memos ebenfalls Anregungen brachte.

Zunächst sei das Vorgehen bei den Fallanalysen eingehender beschrieben: das Ziel war es, den im Fall einer erkrankten Person erfolgten Deutungs-, Aushandlungs- und Koordinationsprozess aus den unterschiedlichen erhobenen Perspektiven detailliert zu rekonstruieren. Dabei orientierte ich mich an folgenden Fragen: Welches waren entscheidende Momente der Deutung und Aushandlung? Welche Interpretationsmuster fallen auf? Die Analyse mündete in das schriftliche Festhalten des Verlaufs und der dabei entwickelten analytischen Kodes. Zwei Beispiele solcher Fallanalysen sind in Abschn. 5.1 und 8.1 in gekürzter Fassung in die Ergebnispräsentation integriert. Da es sich bei den Interviews um retrospektive Erzählungen handelt, bilden Fallanalysen die „objektiven" Aushandlungsprozesse nicht eins zu eins ab. Vielmehr erlauben sie es, die rückblickenden Interpretationen der involvierten Akteure miteinander zu vergleichen. Sowohl die Selbstdarstellungsstrategien der Befragten als auch allfällige Inkonsistenzen zwischen den Interpretationen erwiesen sich als aufschlussreich. So wird an der Selbstpräsentation und Identitätskonstruktion der Interviewten deutlich, von welchen alternativen Interpretationsmustern, die im Unternehmen präsent sind, sie

sich abgrenzen. Inkonsistenzen zwischen den Perspektiven können darüber Aufschluss geben, welche Informationen Akteurinnen sich gegenseitig vorenthalten haben. Es kann zum Beispiel deutlich werden, dass es sich bei einer vermeintlichen Einigung nur um einen Kompromiss handelte. Zudem kann die Rolle, die dritte Akteure als Vermittler spielten, klarer ersichtlich werden. Für die Fallanalysen habe ich Schlüsselstellen in den Interviews Zeile für Zeile analysiert (Strauss und Corbin 1996, S. 53).[8]

Parallel und in Wechselwirkung mit den Fallanalysen habe ich das Datenmaterial mittels der Analysesoftware Atlas.ti offen kodiert. Die gebildeten Kodes habe ich regelmäßig an weiterem Material überprüft und weiterentwickelt. Beispiele für Kodes, die bereits in einer frühen Analysephase entstanden und sich bis am Schluss als relevant erwiesen, sind: *Deutungsarbeit, Einordnung als Problem, Kausalerklärung, Identitätsarbeit/Gesichtswahrung, Normalisierung/Entstigmatisierung, Entstehen von Rechtfertigungsbedarf, Plausibilisierung des Leistungsausfalls, Herstellung von Akzeptanz bezüglich Eingliederungsmaßnahmen, Rechtfertigungsarbeit*. Eine Illustration anhand von Datenmaterial erfolgt im empirischen Teil. Weitere Kodes habe ich anhand der Interviewpassagen zu den allgemeinen Praktiken und formalen Strukturen der Wiedereingliederung entwickelt, wie zum Beispiel *Kontaktpraktiken des BGM, betriebliches Krankheitsmanagement, Anpassung Arbeit*.

Neben dem offenen Kodieren habe ich axial kodiert, um verschiedene Dimensionen und Ausprägungen der erarbeiteten Kategorien zu entwickeln und sie zu anderen Kategorien in Beziehung zu setzen. Dies sei kurz am Kode *Kausalerklärung* (in Bezug auf die Erkrankung) illustriert: eine Kausalerklärung kann entweder *monokausal* oder *multikausal* ausgeprägt sein. Im Prozess der Wiedereingliederung ist das *Erarbeiten einer Kausalerklärung* für die Akteurinnen ein relevantes Handlungsproblem. Das *Kommunizieren einer Kausalerklärung* kann ein entscheidender Moment sein in der Aushandlung von Wiedereingliederungsperspektiven. Zudem kann eine *Kausalerklärung* zur *Rechtfertigungsarbeit* der Akteure beitragen.

Ebenfalls parallel zu den Fallanalysen und zum Kodieren habe ich Situationskarten erstellt. Karten im Rahmen der Grounded Theory-Analyse sind nach Clarke (2003, S. 560) nicht als analytische „Endprodukte“ anzusehen, sondern dienen dazu, die „Daten aufzubrechen“ und die Analyse anzuregen. Sie stellen

[8] Ausgewählte Schlüsselstellen habe ich in der intensiven Analysephase alle 14 Tage in die qualitative Forschungswerkstatt „QualiZüri“ an der Universität Zürich eingebracht und konnte dadurch Interpretationen mit anderen Forschenden diskutieren sowie einer intersubjektiven Prüfung und Validierung unterziehen.

insofern „analytische Übungen" dar. Es bietet sich an, Karten für Datenmaterial anzufertigen, das bereits kodiert oder zumindest genau gelesen wurde. Das Erstellen von Karten soll zum Verfassen von Memos anregen. Nach Clarke (2003, S. 561) geben Situationskarten Aufschluss darüber, welche Elemente in einer Situation eine Rolle spielen. Sie umfassen „all pertinent human and non-human, material and symbolic/discursive elements of a particular situation as framed by those in it and the analyst". Als erste Version wird eine „messy map" erstellt. Hier werden alle Elemente ungeordnet aufgeführt. In einer zweiten Version wird eine geordnete Situationskarte erstellt, in der die Elemente der Situation in Kategorien eingeordnet werden, wie menschliche Akteurinnen, nicht-menschliche Elemente, kollektive Akteure, zeitliche und räumliche Elemente, Debatten, diskursive Konstruktionen, symbolische Elemente, Diskurse, etc.

Für die vorliegende Studie wurden Situationskarten sowohl in Bezug auf die Fälle einzelner Beschäftigter als auch auf einer allgemeinen Ebene erstellt. Situationskarten sollen in erster Linie dazu anregen, über das Datenmaterial nachzudenken, generative Fragen zu entwickeln und tentativ Zusammenhänge zwischen verschiedenen Situationselementen herzustellen. Anhand geordneter Situationskarten lassen sich relationale Analysen durchführen. Dazu werden Elemente eingekreist und mit beliebigen anderen Elementen auf der Karte in Verbindung gesetzt. Während einige dieser Beziehungen banal oder uninteressant sein mögen, können dadurch umgekehrt auch überraschende Zusammenhänge deutlich werden (Clarke 2003, S. 569). Die dabei entstehenden Ideen und Überlegungen werden in der Form von Memos festgehalten.

Schließlich sei noch das Vorgehen zur Integration der Analyseergebnisse erläutert. Nach der klassischen Grounded Theory-Analyse, wie sie von Strauss und Corbin vertreten wird, sollte sich im Laufe der Analyse eine Kategorie entwickeln lassen, die darüber Aufschluss gibt, inwiefern ein Phänomen für die Handelnden relevant und problematisch ist. Eine solche Schlüsselkategorie sollte sich dazu eignen, die Variationen im jeweiligen Phänomen zu erklären (Strauss 1987, S. 34 f.). Außerdem sollte sie sich mit anderen wichtigen Kategorien mühelos in Beziehung setzen lassen. Ist eine solche Schlüsselkategorie festgelegt, geht man zum Schritt des *selektiven Kodierens* über: alle Kategorien werden systematisch zur Schlüsselkategorie in Beziehung gesetzt (ebd., S. 69). Auch in dieser Phase des Analyseprozesses kann man weiterhin offen und axial kodieren. In Anlehnung an Clarke wird für die Analyse der vorliegenden Studie Abstand genommen vom Ziel, eine einzelne Kategorie zu definieren, über die sich alle in der Situation relevanten Prozesse und damit verbundenen Handlungsprobleme entschlüsseln lassen. Dennoch war es hilfreich, den Analyseprozess auf ausgewählte Kategorien zu fokussieren, um die verschiedenen analytischen Ideen

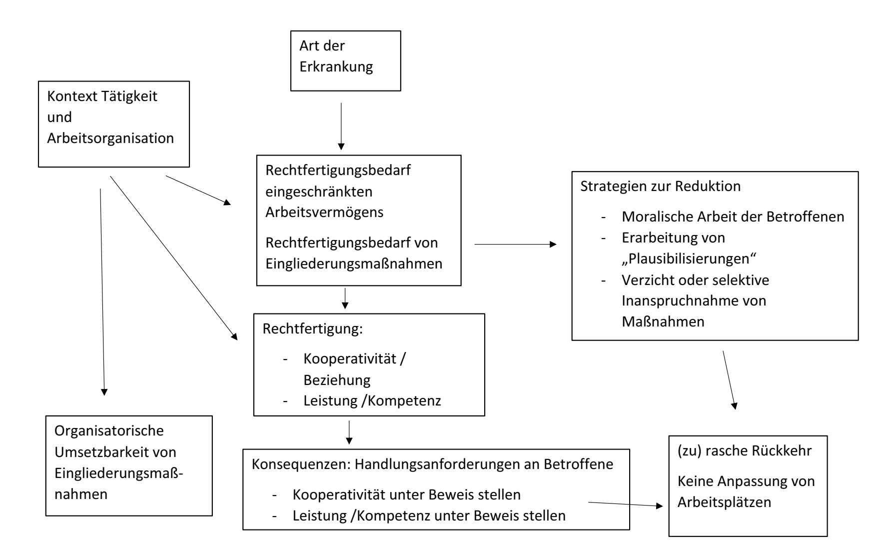


Abb. 4.1 Integratives Diagramm

und Konzepte zu einem zusammenhängenden Argumentationsgebäude zu integrieren. Folgende Kategorien erwiesen sich als fruchtbar für die Integration der Analyseergebnisse: *Entstehen von Rechtfertigungsbedarf, Rechtfertigungsarbeit, Herstellung von Akzeptanz bezüglich Eingliederungsmaßnahmen.* Abb. 4.1 stellt ein Diagramm dar, das im Rahmen der Ergebnisintegration entstand.

Die Kasten im Zentrum des Diagramms (Rechtfertigungsbedarf und Rechtfertigung) beziehen sich auf ein zentrales Handlungsproblem, das sich den Akteurinnen der Wiedereingliederung stellt: Eingeschränktes Arbeitsvermögen und Eingliederungsmaßnahmen erzeugen innerhalb der Unternehmen Rechtfertigungsbedarf, sowohl gegenüber Arbeitskollegen im unmittelbaren Umfeld als auch gegenüber dem höheren Management und einer innerbetrieblichen Öffentlichkeit. Viele Handlungen der involvierten Akteurinnen beziehen sich darauf, diesen Rechtfertigungsbedarf zu reduzieren. In gewissen Situationen formulieren sie zudem explizite Rechtfertigungen. Daraus resultieren teilweise Anforderungen und Dynamiken, die sich konträr zu den Zielen der beruflichen Rehabilitation verhalten. Diese Argumentationslinie führe ich im folgenden empirischen Teil in Kap. 5 und 6 näher aus. Der Kasten links oben in Abb. 4.1 macht darauf aufmerksam, dass der besagte Rechtfertigungsbedarf von den Arbeitsbedingungen

des Arbeitsumfelds der Betroffenen abhängt. Auf diesen Zusammenhang gehe ich in Kap. 7 ein.

Über den in Abb. 4.1 dargestellten Zusammenhang hinausgehend kann eine Wiedereingliederung noch in weiterer Hinsicht Rechtfertigungsbedarf erzeugen. Getroffene Maßnahmen müssen auch aus der Sicht von HR- und Eingliederungsverantwortlichen verantwortbar sein. In Fällen, in denen es im Zusammenhang mit einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu einem Konflikt kommt, können sich die Bemühungen der HR- und Eingliederungsverantwortlichen auch darauf beziehen, die „Fairness" von Personalmaßnahmen sicherzustellen. Dies führe ich in Kap. 8 und 9 aus. Umgekehrt suchen Betroffene in solchen Konfliktsituationen nach Wegen, ihre Kritik an Vorgesetzten, der Firma oder den Arbeitsbedingungen anzubringen. Darauf gehe ich schließlich in Kap. 10 ein.

Teil II

EMPIRISCHER TEIL



5 Die Etablierung von Deutungen und Wiedereingliederungsperspektiven

Die Etablierung kollektiv geteilter Deutungen und die Beurteilung von Wiedereingliederungsperspektiven im Betrieb sollen als sozialer Prozess analysiert werden, der sich innerhalb einer *Situation* im Sinne der EC vollzieht. Damit sind nicht einzelne Interaktionssituationen gemeint, sondern über den Zeithorizont einzelner Interaktionen hinausgehende „komplexe Konstellationen von Objekten, kognitiven Formaten, Koordinationserfordernissen (Problemen), institutionellen Arrangements (wie Organisationen), Personen und Konzepten“ (Diaz-Bone 2018, S. 375). Ziel ist es, die Konstellationen, unter denen das Arbeitsvermögen und die Wiedereingliederungsperspektiven beurteilt werden, „aus der Sicht der je in sie involvierten Akteure zu rekonstruieren“, um eine „pragmatische Innenansicht der Situation“ zu gewinnen (ebd., S. 377). Im Folgenden beschreibe ich die Probleme, die sich aus der Perspektive der beteiligten Personen (Betroffene, Vorgesetzte, BGM- und Personalverantwortliche) angesichts der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von Beschäftigten sowie anschließender Wiedereingliederungsverfahren stellen. Ich gehe auf weitere Elemente der Situation ein, wie die Kategorien und kognitiven Formate, in denen Gesundheitsprobleme konzipiert werden, wie auch die institutionellen Arrangements, die für die Beurteilung von Wiedereingliederungsmöglichkeiten innerhalb der Unternehmen relevant sind.

Analytisch lassen sich drei zentrale Momente ausmachen: die Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz, die Entwicklung von Erklärungen der Problemsituation und die Aushandlung von Perspektiven der Wiedereingliederung. Am Beispiel von Simon Rohner (Abschn. 5.1) soll veranschaulicht werden, welche Fragen und Handlungsprobleme aus der Perspektive der verschiedenen Akteurinnen in diesem Prozess relevant sind und wie Deutungen und Wiedereingliederungsperspektiven zwischen den beteiligten Akteuren ausgehandelt werden. Die in Abschn. 5.1 präsentierte Rekonstruktion des kollektiven Deutungsprozesses ist ein Beispiel für eine Fallanalyse nach dem in Abschn. 4.6 beschriebenen

A. Gonon, *Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit*, Soziologie der Konventionen,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41117-6_5

Vorgehen. Zur Fallanalyse hinzugefügt habe ich analytische Hinweise auf die zentralen Momente des Deutungs- und Aushandlungsprozesses, auf die ich in den Abschn. 5.2 bis 5.4 anschließend separat eingehe.

5.1 Das Fallbeispiel Simon Rohners

Simon Rohner[1] ist Mitarbeiter einer IT-Abteilung und zum Interviewzeitpunkt 57 Jahre alt. Er beginnt seine Erzählung mit den folgenden Worten:

> Also für mich liegt das eigentlich zurück, … ich bin ziemlich genau vor einem Jahr in eine härtere Depression hineingegangen. […] UND ja, dann ist bei mir wirklich ziemlich alles weggeknickt, eigentlich.[2]

Mit der Formulierung, dass bei ihm „wirklich ziemlich alles weggeknickt" ist, bringt Simon Rohner den in diesem Moment erlittenen Kontrollverlust über seinen Alltag zum Ausdruck. Simon Rohner leidet an Schlafstörungen, kann sich nicht mehr konzentrieren und stellt fest, dass er bei der Arbeit Fehler macht. Die Symptome fallen mit dem Jahresabschluss zusammen – eine Zeit, in der die Fehlertoleranz in seinem Tätigkeitsbereich gering ist. Rückblickend sieht er die vielen Fehler, die er in dieser Zeit bei sich feststellt, als Anlass, seinen Hausarzt aufzusuchen und sich krankschreiben zu lassen. Mit der Krankschreibung befreit er sich aus der ihm unerträglich scheinenden Situation, dass seine Leistungsfähigkeit den Maßstäben nicht genügt. Handlungsbedarf bezüglich *Offenlegung* und *Problematisierung* einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit entsteht also wie das Beispiel zeigt im Kontext spezifischer *Arbeitsbedingungen.*

Auf den direkten Vorgesetzten Yves Meier wirkt Simon Rohner während der Zeit vor der Krankschreibung abwesend und ausgelaugt. Er deutet dies als „normale" Erschöpfung und nimmt sich vor, ihm Ferien vorzuschlagen. Die Nachricht, dass er für mehrere Wochen ausfällt, weil er in den Worten Yves Meiers „mit einem Burnout zu kämpfen hat", trifft ihn unerwartet. Yves Meier befürchtet, dass die Erkrankung einen Zusammenhang mit der Arbeit hat:

---

[1] Bei diesem, sowie bei allen anderen in der folgenden Ergebnisdarstellung verwendeten Eigennamen von Personen oder Organisationen handelt es sich um Pseudonyme. Die Fallrekonstruktion zu Simon Rohner beruht auf Interviews mit dem Betroffenen, seinem direkten Vorgesetzten und dem zuständigen BGM-Verantwortlichen.

[2] Es handelt sich bei den in den folgenden Kapiteln verwendeten Zitaten aus dem Datenmaterial um sprachlich leicht geglättete Interviewauszüge. Erläuterungen zur Transkriptionsnotation finden sich im Anhang.

> ist es der Druck bei der Arbeit, der irgendwie den Hauptausschlag gegeben hat? Ja, einfach so eine gewisse Leere hat das gegeben und auch Ängste, dass man … auch Verursacher, oder mitschuldig ist, an dieser Situation

Wie sich an dieser Aussage zeigt, können psychische Erkrankungen von Beschäftigten aus der Perspektive von Vorgesetzten Unklarheiten, Verunsicherungen und sogar Schuldgefühle mit sich bringen.

Noch während seiner Abwesenheit wird Simon Rohner vom BGM-Verantwortlichen Felix Siegrist kontaktiert. Im Interview berichtet er, dass er zwar überlegt hat, das Angebot abzulehnen, weil er sich nicht auf die BGM-Unterstützung angewiesen sah. Zunächst ist er gegenüber dem BGM skeptisch eingestellt und mutmaßt, dass dieses primär die Arbeitgeberinteressen vertritt. Es ist zu vermuten, dass er eine Kategorisierung als „BGM-Fall" zudem als stigmatisierend empfindet. Dennoch trifft er sich dann regelmäßig mit Felix Siegrist und erwähnt, dass er positiv durch dessen „einfühlsame Art" überrascht war. Der Vorgesetzte Yves Meier empfindet die Involvierung des BGM als Entlastung. Das BGM sei „keine Kontrollabteilung", argumentiert er. Felix Siegrist, der BGM-Verantwortliche, informiert ihn regelmäßig über den gesundheitlichen Zustand Simon Rohners und die nächsten Schritte der medizinischen Behandlung.

In Gesprächen mit Felix Siegrist und mit seinem Therapeuten spricht Simon Rohner über die Gründe für seine Depression:

> wenn man jetzt schaut, wo sind die Ursachen, das ist jeweils noch schwierig, aber ich glaube mit der Zeit, (haben) wir jetzt eigentlich schon, wo die Ursachen sind. Also ich habe familiär SEHR eine schwierige Situation gehabt

Auch der BGM-Verantwortliche Felix Siegrist erinnert sich:

> ich habe die Situation mit ihm angeschaut und gemerkt, es ist nicht so eindeutig, ... was los war. Von der Arbeit her, habe ich gemerkt, kann es fast nicht sein ... er hat einen Vorgesetzten, der sehr zuvorkommend ist und auch Rücksicht nimmt und das Möglichste getan hat, und so in den Gesprächen drinnen habe ich gemerkt, dass er eine GANZ schwierige, oder, das hat er klar gesagt gehabt, eine schwierige private Situation hat.

Beide unterscheiden zwischen privaten und beruflichen Ursachen und stellen fest, dass die Depression hauptsächlich durch eine schwierige Situation im Privatleben bedingt war. Felix Siegrist untermauert diese Interpretation mit den Qualitäten des Vorgesetzten. Er argumentiert, qua Ausschlussprinzip, bei einem so „zuvorkommenden" Vorgesetzten könne die Depression nicht auf die Arbeit

zurückzuführen sein. Simon Rohner zieht zwar in Zweifel, dass es eine einzige Ursache geben kann, doch wird die Erklärung durch eine „private Belastungssituation" zur dominanten Auslegung, auf die später auch der Vorgesetzte Yves Meier verweist. Anlässlich seines Wiedereinstiegs nach ein paar Wochen klärt Simon Rohner seinen Vorgesetzten über die vermutete Hauptursache auf. Dieser empfindet die Erklärung über private Ursachen als eine „Erleichterung", da sie ihn von potenzieller Mitschuld an der Erkrankung entlastet. Damit ist eine kollektive Deutung der Problemsituation etabliert, die auch für den weiteren Verlauf der Wiedereingliederung von Bedeutung ist.

Auf Anraten des behandelnden Arztes wird vereinbart, dass Simon Rohner mit einem Teilzeitpensum, das schrittweise erhöht wird, wieder in die Arbeit einsteigt. Felix Siegrist weist den Vorgesetzten Yves Meier darauf hin, man dürfe Simon Rohner auf keinen Fall „Druck machen". Im Gespräch anlässlich seines Wiedereinstiegs informiert Simon Rohner seinen Vorgesetzten, dass er sein Teilzeitpensum flexibel handhaben will. Je nach seinem Schonbedürfnis und seiner psychischen Verfassung möchte er entscheiden, wie lange er arbeitet. Die beiden diskutieren zudem mögliche Anpassungen von Aufgaben, etwa ob er seine Funktion als stellvertretender Teamleiter abgeben soll. Yves Meier erinnert sich, Simon Rohner habe es für unnötig befunden, Verantwortungen abzugeben. Weitere Arbeitsanpassungen, die in seinem Bereich möglich wären, etwa die Reduktion von Komplexität der Aufgaben sowie von Stress, werden gar nicht diskutiert. Simon Rohner begründet den Verzicht auf solche Anpassungen rückblickend mit der Deutung, dass seine psychische Belastungssituation nicht durch die Arbeit verursacht gewesen sei, er nimmt also Bezug auf die kollektiv etablierte Deutung der Hauptursache seiner Erkrankung.

Im Gespräch informiert er seinen Vorgesetzten außerdem, dass er vor hat, sich „normal einzubringen". Yves Meier erinnert sich, dass Simon Rohner ihm mitgeteilt habe, keine „Sonderbehandlungen" zu wollen. Mit dem dezidierten Verzicht auf einen besonderen Status signalisiert Simon Rohner also, dass er bereit ist, sich wieder in die alte Ordnung einzufügen. Mit seinem Einverständnis hat der Vorgesetzte das Team über seine Krankheit und die geplante Wiedereingliederung informiert. Dieses zeigt sich durch die Situation verunsichert und fragte den Teamleiter, was es im Umgang mit dem wiederkehrenden Kollegen zu beachten gebe. Yves Meier kommuniziert Simon Rohners Verzicht auf einen Sonderstatus an das Team weiter und weist es an, so „weiterzumachen wie vorher".

> Als er wieder zurückgekommen ist, haben auch die Kollegen so gefragt, JA, wie können wir jetzt mit dem Simon umgehen, oder müssen wir auf irgendetwas achten und

> dort habe ich mit ihm schon vereinbart oder hat er schon gefunden, hey, nix Sonderbehandlung, ... wenn jemand wissen will, was passiert ist, kann man Auskunft geben, das war wichtig und denke ich, ist sehr zentral, dass man nicht die Person dann irgendwie auf Rosen bettet und immer schön durch chauffiert durch alle Problematiken, ist jetzt zum Glück auch vom Simon selber ausgekommen, da habe ich das gar nicht groß ansprechen müssen. Aber das ist schon auch ein wichtiger Punkt. Es ist okay, wenn man bei der Arbeit zurücksteckt, aber es ist dann nicht okay, wenn es ewige Sonderbehandlungen gibt oder spezielle Privilegien, die dann für die anderen wirklich nicht mehr nachvollziehbar sind.

Er geht ausführlich darauf ein, dass das Team das Wiedereingliederungsarrangement für Simon Rohner akzeptiert und als „win-win"-Situation angesehen habe. Auf der einen Seite konnte Simon Rohner demnach für seine berufliche Rehabilitation von seinem reduzierten Pensum profitieren, auf der anderen Seite stand dem Team zumindest ein Teil seiner Arbeitskraft wieder zur Verfügung. Die Notwendigkeit, die Akzeptanz des Teams für das Eingliederungsarrangement zu gewinnen, wird vor dem Hintergrund von Yves Meiers Schilderungen der konstanten Überlastung des Teams verständlich, in dem gleichzeitig noch weitere Mitarbeitende ausgefallen sind und das Pensum erkrankter Teammitglieder von den verbleibenden Kollegen abgedeckt werden muss. Insofern erscheint das Teilzeitpensum aus der Sicht von Yves Meier als rechtfertigungsbedürftig. Simon Rohners „Zurückstecken" bei der Arbeit konfligiert außerdem mit der Arbeitskultur des IT-Bereichs, in der Leistung ein zentraler Wert ist, wie auch mit dem Prinzip der Gleichbehandlung. Yves Meier sagt retrospektiv, Simon Rohners expliziter Verzicht auf einen Sonderstatus sei für ihn eine Erleichterung gewesen. Hätte er einen solchen beansprucht, wäre der Konflikt zwischen dem Prinzip, Schutz zu gewähren und dem Erfordernis, im Team Akzeptanz für das Schutzbedürfnis zu schaffen, grösser geworden.

Seinen Vorsatz, auf „Sonderbehandlungen" zu verzichten, setzt Simon Rohner im Verlauf der Wiedereingliederung auch um. So nutzt er sein Teilzeitpensum flexibel, wie es seinem Erholungsbedürfnis entspricht, was bedeutet, dass er auch mal mehr arbeitet, als mit dem Arzt vereinbart ist. Seine Abwesenheiten trägt er in den für alle zugänglichen Outlook-Kalender ein. Yves Meier lobt die darin zum Ausdruck kommende Leistungsbereitschaft und Arbeitsmotivation. Simon Rohner erklärt sich auch bereit Sondereinsätze (Piquet-Dienst) zu leisten, was er mit einem Pflichtgefühl gegenüber dem Team begründet. Durch diese Haltung sichert er sich nicht nur die – von seinem Vorgesetzten hervorgehobene – Akzeptanz des Teams für sein Teilzeitpensum, sondern er wirkt auch der durch die Krankheit verursachten Erschütterung seiner Identität entgegen, indem er sich weiterhin als leistungsfähig und belastbar präsentiert. Mit seinem durch eine

Depression bedingten Ausfall bricht sein leistungsstarkes Selbstbild zusammen, was er in einer Metaphorik der Gewalt als „brutal" und als „Schlag" beschreibt. Zudem spürt er, dass sein sozialer Status beschädigt wurde. Dies zeigt sich unter anderem darin, wie er die Reaktion mancher Kollegen wahrnimmt, die ihm nicht mehr dieselbe Leistungsfähigkeit zutrauen wie zuvor:

> Also es hat LEUTE hier drin, wo ich heute spüre, ich kann mit denen nicht mehr ((haut auf den Tisch)) so umgehen, dass sie sich sagen, ich bin früher so ein bisschen ein Typ gewesen, wo man gefunden hat, der Rohner ((haut auf den Tisch)), wenn der sagt, der macht es, dann läuft es. Du kannst es gleich vergessen. Das LÄUFT mit gewissen Leuten nicht mehr.

Zum Zeitpunkt der Interviews liegt die ärztlich festgeschriebene *Teilarbeitsfähigkeit* Simon Rohners bei 80 %. Yves Meier hält im Interview fest, seine *Leistungsfähigkeit* liege aktuell bei 80 %. Er spezifiziert, dass dies auf dessen Selbsteinschätzung beruhe, die er ihm vor Kurzem im jährlichen Mitarbeitergespräch mitgeteilt habe. Nach Yves Meiers Einschätzung wäre sie leicht höher anzusetzen. Begründet habe Simon Rohner diese 80 % damit, dass er sich nicht einbringt, wenn es Diskussionen oder Streitpunkte im Team gibt. Yves Meier argumentiert, dass auch andere das nicht tun. Die geringere Leistung Simon Rohners falle für ihn kaum noch ins Gewicht, denn auch andere leisteten nur 90 %, trotz eines Vollzeitpensums. Simon Rohner habe eben früher 110 % geleistet. In diesen Aussagen zeigt sich die geringe Rolle, die das ärztlich definierte Teilzeitpensum in der Wiedereingliederung von Simon Rohner zu spielen scheint. Für den Vorgesetzten scheint es nicht ins Gewicht zu fallen, dass er offiziell 20 % krankgeschrieben ist, weil seine Leistung nach seiner Einschätzung ähnlich ist wie diejenige von Vollzeitangestellten. Simon Rohner spürt aber die Erwartung von Seiten der Firma, wieder Vollzeit zu arbeiten. Er dagegen möchte sich das Teilzeitpensum noch weiter erhalten, um seine zeitliche Anwesenheit am Arbeitsplatz bei Bedarf „zurückfahren" zu können. Angesichts eines möglicherweise bevorstehenden Vorgesetztenwechsels im Zusammenhang mit einer Umstrukturierung erscheint es aber aus Yves Meiers Sicht nötig, dass Simon Rohner wieder Vollzeit arbeitet, damit von der Problematik zumindest äußerlich nichts mehr wahrnehmbar ist. Die Aufrechterhaltung von Simon Rohners bescheidenem Schonraum erscheint also durch die Reorganisation gefährdet.

5.2 Problematisierung von Symptomen und Diagnosen

Simon Rohner aus dem Fallbeispiel 5.1 lässt sich krankschreiben und legt seine Diagnose gegenüber seinem Teamleiter und dem betrieblichen Gesundheitsmanagement offen. Damit es im Betrieb zu einer Thematisierung der psychischen Belastungssituation oder Erkrankung eines Beschäftigten kommt, muss diese zunächst als solche wahrgenommen und offengelegt werden. Die Wahrnehmung, Offenlegung und Problematisierung psychischer Krankheitssymptome am Arbeitsplatz ist ein komplexer sozialer Vorgang, der durch verschiedene Akteure und Bedingungen beeinflusst wird. Primär hängt dieser Prozess von den betroffenen Beschäftigten ab: Inwiefern erfahren sie sich als gesundheitlich angeschlagen? Unter welchen Bedingungen thematisieren sie ihre Situation am Arbeitsplatz oder lassen sich krankschreiben? Wenn sich Beschwerden in der Wahrnehmung der Betroffenen zu einer Krise oder zur Vermutung, an einer Erkrankung zu leiden, verdichten, stellt sich ihnen die Frage, wie sie weiter damit umgehen, ob und bei wem sie Hilfe suchen, ob sie ihre Beschwerden am Arbeitsplatz offenlegen oder ob sie sie so lange wie möglich ignorieren. Wenn Beschäftigte ihre Symptome verdrängen, dann kann eine Problematisierung im Betrieb auch durch das Umfeld initiiert werden. Im folgenden Abschnitt gehe ich auf die Wahrnehmung von Symptomen durch die Betroffenen selbst ein.

5.2.1 Psychische Erkrankungen als leibliche Erfahrung

Entgegen einem verbreiteten Laienverständnis äußern sich psychische Erkrankungen nicht als rein „mentale“ Phänomene, sondern auch in starken Emotionen, Affekten und körperlichen Reaktionen (Busfield 2000, S. 546 f.). Stefanie Graefe (2015, S. 17) stellt ihm Rahmen von Interviews mit Personen, die eine Erschöpfungsdepression erlitten, fest, dass es sich dabei um eine „eminent leibliche Erfahrung“ handelt, die für die Betroffenen erst durch nachträgliche Deutungsarbeit zur sinnhaften Erfahrung wird. In der Erschöpfung manifestieren sich ihr zufolge Dimensionen der Subjektivität, die den Betroffenen auf rationaler Ebene nicht vollständig zugänglich sind und von deren körperlicher oder emotionaler Äußerung sie sich überrumpelt fühlen. Diese „leibliche“ Dimension der Erschöpfung zeigt sich auch in den Erfahrungen der für die vorliegende Studie interviewten Beschäftigten:

> Es ist ein Morgen gewesen, es ist eigentlich eine interessante Szene gewesen. Ich bin im Büro gehockt, wir haben bei uns automatische Fensterlädensysteme, also wenn die

> Sonne kommt, gehen die Läden runter. Und das ist so der Moment gewesen, das vergesse ich nie mehr, an diesem Freitagmorgen gehen diese Läden runter, und dann ... da hat es mir gerade abgelöscht. (Lars Flury, IT -Mitarbeiter)

Der Betroffene bringt das Wahrnehmen der ersten Symptome seiner psychischen Erkrankung mit dem Bild automatisch herunterfahrender Fensterläden in Verbindung: schlagartig ist er vom Sonnenlicht abgeschnitten und gleichzeitig erlischt sein Antrieb. Ein anderer Betroffener erlebt zunächst ausschließlich körperliche Symptome:

> Ich bin aufgewacht an dem Tag und dann ging es mir wirklich, also mir gings körperlich wirklich beschissen, ich habe mega Bauchweh gehabt, und habe eigentlich im ersten Moment gedacht, ja, vielleicht etwas Falsches gegessen, so Magendarm und eben, ich habe mich dann auch zu übergeben angefangen, also typische Übelkeitssyndrome. (Ugo Mantovani, Sachbearbeiter)[3]

Die Symptome körperlichen Unwohlseins gleichen denjenigen einer Magendarmgrippe und werden vom Betroffenen zunächst so eingeordnet: er meldet sich mit dieser Begründung von der Arbeit ab. Eine andere Interviewte leidet unter starken Ängsten, die sich auch auf körperlicher Ebene, in Sehstörungen und Anfällen von Schwäche äußern. Wegen dieser starken körperlichen Symptome meldet sie sich von der Arbeit ab:

> […] mit der Mutter bin ich [zur Firma] gelaufen, ich laufe jeden Morgen mit ihr, also ich bin am Laufen gewesen und auf halbem Weg habe ich ihr gesagt, ich kann NICHT.... sie, WARUM? Ich habe, ich, NEIN, … mir ist so, mir ist SCHWARZ vor den Augen gewesen und ich habe wieder gezittert und mir war schlecht und alles, da hat sie mich halt wieder nach Hause geschickt. (Irina Cerny, Produktionsmitarbeiterin)

Die Interviewte, die in derselben Firma wie ihre Mutter arbeitet und auch mit ihr zusammenlebt, verliert durch ihre Beschwerden im körperlichen Sinn ihre Handlungs- und damit auch ihre Arbeitsfähigkeit: sie kann nicht mehr sehen, weil ihr schwarz vor den Augen wird, sie kann sich nicht fortbewegen, weil sie zittert und ihr schlecht ist.

Einige Interviewte nehmen ihre Erkrankung zunächst anhand starker Emotionen, Affekte und körperlicher Beschwerden wahr, die im doppelten Sinn als

---

[3] Der Fall wird auch in den Abschn. 6.1.1 und 9.1.4 thematisiert. Zudem wird er in der Publikation von Nadai et al. (2019, S. 158–163) ausführlich diskutiert sowie in der Publikation von Nadai et al. (2018, S. 413–414) erwähnt.

„negativ" gelten: Zum einen sind sie für diejenigen, die sie erleben, unangenehm bis schwer auszuhalten, zum anderen sind sie hinsichtlich ihrer gesellschaftlichen Bewertung negativ besetzt. Depressionen, die Diagnose, die die Mehrheit der Interviewten erhält, wird in der internationalen Klassifikation der Krankheiten der Gruppe der „affektiven Störungen" zugeordnet[4]. Als *gestörte* Affekt- und Empfindungslage nehmen auch einige Betroffene ihre Situation wahr. Sie erwähnen ihre Irritation darüber, nicht über die gewohnten Energien zu verfügen und ihre Emotionen nicht wie üblich unter Kontrolle zu haben. Die erlebten emotional-affektiven Zustände entsprechen nicht den *Gefühlsnormen,* die in ihrem Arbeitsbereich oder für ihre Stellung im Betrieb gelten und können ihrerseits weitere negativ besetzte Emotionen wie z. B. Scham auslösen (Thoits 2004). Die in den Zitaten geäußerten affektiven und körperlichen Erfahrungen – Antriebslosigkeit, Handlungsunfähigkeit und Übelkeit – werden mit fehlender Motivation oder Ablehnung verbunden, also mit Haltungen, die gegenüber Arbeitgebern nicht als wünschenswert gelten.

Nach Alain Ehrenbergs Analyse im Werk „Das erschöpfte Selbst" ist die Depression eine Pathologie der Unzulänglichkeit angesichts der gesellschaftlichen Erwartung an die Autonomie und Eigeninitiative der Einzelnen:

> Die Depression zeigt uns die aktuelle Erfahrung der Person, denn sie ist die Krankheit einer Gesellschaft, deren Verhaltensnorm nicht mehr auf Schuld und Disziplin gründet, sondern auf Verantwortung und Initiative. Gestern verlangten die sozialen Regeln Konformismen im Denken, wenn nicht Automatismen im Verhalten; heute fordern sie Initiative und mentale Fähigkeiten. Die Depression ist eher eine Krankheit der Unzulänglichkeit als ein schuldhaftes Fehlverhalten, sie gehört mehr ins Reich der Dysfunktion als in das des Gesetzes: Der Depressive ist ein Mensch mit einem Defekt. (Ehrenberg 2004, S. 31)

An diese Überlegungen anschließend lässt sich argumentieren, dass der Verlust der Handlungsfähigkeit auch von den Betroffenen des Samples als irritierender und erklärungsbedürftiger „Defekt" ihres Selbst erlebt wird. Gerade am Arbeitsplatz gehört die Bekräftigung einer positiven Einstellung zum Arbeitsumfeld und der Arbeit zu den erwarteten Emotionen. Das Erleben der eigenen Handlungsunfähigkeit ist für die Betroffenen mit Unbehagen und Unsicherheit verbunden, wie die folgende Aussage von Ugo Mantovani zeigt:

> Da habe ich mich dann irgendwie auch in so ein Loch selber rein manövriert, ... wo ich mir das dann auch irgendwie teilweise ... glaub auch selber eingere- ja, also weißt du so ... ja wie sagt man so schön? Man kann sich eben auch Schmerzen einreden,

[4] https://www.icd-code.de/icd/code/F32.1.html [zugegriffen am 10.04.2020].

> so, irgendwie, ich weiß nicht, wie ich es formulieren soll, aber so ... das ist jetzt, eben dass es mir jetzt wirklich too much ist, also ... ja, ... weil eben, man sagt dann immer so, ja, es ist ja nichts passiert bei dir, also ich habe auch hier oftmals so, ja, es ist ja nichts passiert, und ich so, ja, schon, ich kann jetzt hier nicht sagen, meine Eltern sind gestorben oder sonst irgendetwas, das man ... es ist einfach so, also ich weiß auch nicht genau, warum.

Seinen negativen Gefühlszustand beschreibt Ugo Mantovani über die Formulierung, er sei in einem „Loch". Dass er sich in diesem Gefühlszustand befand, schreibt er mit den Ausdrücken „rein manövrieren" und „einreden" seinem eigenen Verschulden zu. Im zweiten Teil des Zitats nimmt er die Perspektive von zweifelnden Außenstehenden ein, die ihm vorhalten, bei ihm sei schließlich „nichts passiert". Aus der Perspektive des sozialen Umfelds, so mutmaßt Ugo Mantovani, existiert kein triftiger Grund, der seine Niedergeschlagenheit erklären würde. Er fügt an, dass es einen eindeutigen Grund tatsächlich nicht gegeben habe – als Beispiel nennt er den Tod der Eltern. Implizit geht er von der Erwartung aus, dass es seine Pflicht gewesen wäre, seine negativen Emotionen entweder über einen allgemein nachvollziehbaren und akzeptierten Grund zu erklären oder sie zurückzuhalten, also entsprechende Emotionsarbeit zu leisten.

Wenn es nicht gelingt, negative Emotionen zu verbergen, kann sich dies in der Tat als nachteilig für die Betroffenen erweisen. Erwartungen an Emotionsarbeit sind mit sozialen Hierarchien verknüpft und gerade von hierarchisch Untergeordneten wird erwartet, negative Emotionen zu unterdrücken (Langner et al. 2012). Wer als Angestellter negative Affekte und Emotionen zeigt, kommt demnach unter Zugzwang, sich erklären zu müssen und allenfalls seine trotz allem bestehende positive Haltung zur Firma zu bekräftigen.[5] Auch wenn Ugo Mantovani seine Emotionen in *retrospektiver* Sicht beschreibt und sich im *Rückblick* mit dem Unverständnis des sozialen Umfelds konfrontiert, ist zu vermuten, dass die Antizipation eines fehlenden Verständnisses des Umfelds auch im Moment der ersten Wahrnehmung und Einordnung seiner Emotionen bereits eine Rolle spielte.

Depressionen gelten als affektive *Störungen.* Für die Interviewten stehen jedoch reale Erfahrungen hinter ihren negativen Emotionen und Affekten. In der Emotionssoziologie werden negative Emotionen als *affektive Dimension* von sozialen Prozessen der *Abwertung* bzw. *hierarchischen Unterordnung* verstanden. Negative Emotionen können durch eine Infragestellung des Selbstbilds einer

[5] Für zwei Interviewte stehen die negativen Gefühle in einem direkten Zusammenhang mit Entwicklungen am Arbeitsplatz bzw. Entscheidungen ihrer Arbeitgeberinnen. Diese Interviewten nehmen ihre psychischen Leiden als Ausgangspunkt, um Kritik an ihren Arbeitgebern zu äußern. (vgl. Kap. 10).

Person ausgelöst werden (Bericat 2016, S. 499 ff.), sie lassen sich aber auch als Ausdruck einer niedrigen sozialen Position und somit als konstitutiver Bestandteil gesellschaftlicher Herrschaftsverhältnisse interpretieren. Sandra Matthäus (2017) versteht im Anschluss an Pierre Bourdieu Affekte und Emotionen als *praktische,* im Zuge der Primärsozialisation *inkorporierte* Formen der *Selbstevaluation.* Die negativen emotional-affektiven Zustände der Interviewten stehen z. T. im Zusammenhang mit der Erfahrung, dass die eigene Identität oder soziale Position infrage gestellt wird, oder auch mit direkten Erfahrungen von Ohnmacht oder Minderwertigkeit. Die oben bereits zitierte Irina Cerny erwähnt die Beziehung zu ihrem Ex-Freund, in der sie sich selbst „vernachlässigt" und nicht „an die erste Stelle" gestellt habe. Lars Flury deutet seine Erkrankung ebenfalls im Kontext einer zerbrochenen Liebesbeziehung, er erwähnt aber auch „Treiber" am Arbeitsplatz, darunter einen „Machtkampf" mit einem Kollegen, den er als bedrohlich erlebte. Noch gravierender war es für ihn, mitzuerleben, wie seinem Chef aufgrund eines Konflikts mit einem neuen Vorgesetzten gekündigt wurde. Die Kündigung war nach seinem Empfinden unfair und offenbarte den Charakter der „Großfirma" als „Haifischbecken". „Ich will NICHT mit 40 an so einem Punkt stehen müssen, weil DANN fällst du dann wirklich tief, tiefer ins Loch." Die seinem Chef zugefügte Herabsetzung führte ihm die Unsicherheit eines in der Firma errungenen Status vor Augen und stellte seine eigenen Aspirationen infrage: „Das regt einen als junger … und ambitionierter Mensch … auf … und BREMST einen auch." Die von den Betroffenen erlebten negativen Emotionen und Affekte lassen sich zwar nicht als primärsozialisatorisch internalisierte Formen der Selbstevaluation interpretieren, sondern treten für sie eher unerwartet auf und entsprechen nicht der habitualisierten Weise wie sie sich zu fühlen *gewohnt sind.* Nichtsdestotrotz können diese Erfahrungen der Abwertung, Ohnmacht und des Ausgeliefertseins zu psychischen Leiden beitragen und durch biografische wie auch betriebliche Konstellationen Dauerhaftigkeit erlangen.

5.2.2 Medizinische Problematisierung und Zugzwänge der Offenlegung

Das Erleiden von Symptomen stellt Betroffene vor die Frage, ob sie ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Ebenso kann die Wahrnehmung solcher Symptome für das Umfeld ein Anlass sein, den Betroffenen eine ärztliche Abklärung nahezulegen. Für die Art und Weise, wie es im Betrieb zu einer Problematisierung der Krankheitssymptome kommt, spielt zunächst die Wahrnehmung und

Selbsteinschätzung der Betroffenen eine entscheidende Rolle: Gehen sie von körperlichen Beschwerden aus oder antizipieren sie die Diagnose einer psychischen Erkrankung? Sehen sie sich überhaupt als gesundheitlich eingeschränkt an? Die Entscheidung, sich krankschreiben zu lassen, ist nach Voswinkel (2017b, S. 97) „das Ergebnis eines Aushandlungs- und Abwägungsprozesses des Patienten zwischen sich selbst, dem Arzt und dem betrieblichen und privaten Kontext.“ Für den Vorgang der Problematisierung spielen die Reaktionen des Umfelds eine Rolle: Inwiefern geben Akteurinnen aus dem Umfeld den Betroffenen das Gefühl, dass ihre Niedergeschlagenheit einer legitimen Grundlage entbehrt und als anormal anzusehen ist? Inwiefern forcieren sie eine (medizinische) Abklärung der Symptome?

Linienvorgesetze befinden sich bezüglich der Thematisierung von Krankheitssymptomen in einem Dilemma zwischen der Wahrnehmung ihrer Fürsorgepflicht gegenüber den Betroffenen und der Aufrechterhaltung des Alltagsbetriebs. Eine Problematisierung und damit verbundene Eskalation läuft ihrem Interesse zuwider, die Arbeitsabläufe nicht zu unterbrechen. Umgekehrt haben sie das Bedürfnis, sich abzusichern, Verantwortung abzugeben und das Problem an Professionelle, BGM-Verantwortliche oder Ärztinnen zu delegieren. Damit sie die Symptome ihrer Mitarbeitenden von sich aus problematisieren, muss ein gewisser Handlungsdruck bestehen. Je indirekter und subtiler sie die Symptome von Beschäftigten wahrnehmen, desto mehr Spielraum haben sie, diese zumindest für eine gewisse Zeit zu ignorieren. In einigen Fällen haben Vorgesetzte kein Interesse, die Symptome psychischen Leidens anzusprechen, weil sie den Ausfall einer Arbeitskraft nicht vorsätzlich herbeiführen oder weil sie eine Thematisierung psychischer Überlastungen vermeiden wollen. In anderen Fällen ziehen sie die Interpretationsfolie der psychischen Erkrankung in der Deutung des Verhaltens ihrer Mitarbeitenden schlicht nicht in Betracht (Baer et al. 2011).

Mit einer ärztlichen Diagnose und Krankschreibung geht eine Problematisierung des Gesundheitszustands der Betroffenen im Betrieb einher. Einige Interviewte berücksichtigen dies in ihrer Entscheidung, ob bzw. wann sie zum Arzt gehen. Simon Rohner aus dem Fallbeispiel 5.1 ist sich über einen längeren Zeitraum bewusst, dass es ihm psychisch nicht gut geht. Dennoch zögert er, sich krankschreiben zu lassen. Da psychische Erkrankungen gesellschaftlich nach wie vor negativ besetzt sind, werden die Betroffenen im Fall, dass eine Diagnose gestellt wird, zu potenziell „Diskreditierbaren“, die die Information ihrer Diagnose mittels „Techniken der Informationskontrolle“ managen müssen (Goffman 2012[1967]). Unter „Stigma“ versteht Erving Goffman eine Eigenschaft, die für eine bestimmte Kategorie von Personen „zutiefst diskreditierend“ ist (ebd., S. 11). Ist eine solche Eigenschaft nicht direkt ersichtlich, so handelt es sich bei

den Betroffenen um „diskreditierbare“ Personen. Für sie stellt sich im Rahmen sozialer Interaktionen das Problem der Informationskontrolle und des Stigma-Managements: „Eröffnen oder nicht eröffnen; sagen oder nicht sagen; rauslassen oder nicht rauslassen; lügen oder nicht lügen; und in jedem Fall, wem, wie, wann und wo.“ (ebd., S. 56). Die Offenlegung von Krankheiten am Arbeitsplatz kann besonders dann riskant sein, wenn es sich – wie bei psychischen Erkrankungen – um Diagnosen mit mehrdeutigen oder unsichtbaren Symptomen handelt: es besteht die Gefahr eines Simulationsverdachts und der Verweigerung unterstützender Maßnahmen (Charmaz 2010; Voswinkel 2017b, S. 102 ff.). Wird eine psychische Erkrankung diagnostiziert, müssen die Betroffenen dieses für Außenstehende unsichtbare Stigma managen. Entscheidungen über die Zurückhaltung oder Offenlegung einer Diagnose betreffen nach Irvine (2011a, S. 183) die Frage, ob man am Arbeitsplatz erstens *überhaupt* etwas offenlegen soll, zweitens *wann* und *wie,* drittens *was* und *wie viel* und viertens *gegenüber wem* (vgl. Abschn. 2.3.4).

Wie sich im Datenmaterial zeigt, bleibt für die Betroffenen gegenüber bestimmten betrieblichen Akteurinnen nur ein eingeschränkter Spielraum der Informationskontrolle. In anderen Worten sehen sie sich unter starkem Druck, *gegenüber bestimmten Akteuren,* sowie *relativ bald,* nachdem die Arbeitgeberin die Mitteilung ihrer Krankschreibung erhalten hat, ihre *Diagnose offenzulegen.* Eigentlich haben Arbeitgeberinnen gesetzlich kein Anrecht, die Diagnose zu erfahren. Aus einer mehrwöchigen Krankschreibung ergeben sich für die Betroffenen jedoch *Erklärungszwänge:* aufgrund der längeren Dauer fallen Bagatellerkrankungen wie eine Grippe oder Erkältung als mögliche Ursachen weg. Über einen Unfall oder einen Routineeingriff, so eine verbreitete Annahme, würden Angestellte ihren Arbeitgeber vorbehaltslos informieren. Zudem ist die Dauer psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit oft schlecht absehbar, was zu wiederholter mehrwöchiger Krankschreibung führt und für die Firma Planungsunsicherheit verursacht. Allein um in dieser Situation das Wohlwollen von BGM-Verantwortlichen und Vorgesetzten nicht zu verlieren, fühlen sich die interviewten Beschäftigten veranlasst, diesen ihre Diagnose mitzuteilen. Darüber hinaus wird die Offenlegung von Seiten der Betriebe teilweise auch eingefordert: Vorgesetzte und BGM-Verantwortliche nehmen mit Langzeitkrankgeschriebenen Kontakt auf und versuchen, möglichst viel über deren Situation in Erfahrung zu bringen (vgl. Abschn. 5.3). Simon Rohner ist sich dessen bewusst und zögert möglicherweise aus diesem Grund seine Krankschreibung so lange hinaus, wie es für ihn erträglich ist.

Nach Kate Toth und Carolyn Dewa (2014) entscheiden sich Beschäftigte nur dann zur Offenlegung ihrer psychischen Probleme am Arbeitsplatz, wenn sie

aufgrund eines Anlasses dazu gezwungen sind. Die Entscheidung zur Offenlegung bzw. die Entscheidung, sich krankschreiben zu lassen, ist, wie Kathy Charmaz (2010, S. 13) zeigt, durch die Möglichkeiten beeinflusst, den Arbeitsalltag trotz Krankheitssymptomen zu bewältigen: „The ability to control timing, flow, and amount of work influence whether someone's condition is disabling and whether he or she needs to disclose." Entscheidungen über die Offenlegung sind ihr zufolge oft durch den Wunsch motiviert, dass Arbeitsabläufe und -aufgaben an die gesundheitliche Situation angepasst werden. Sie erfolgen damit unter dem Druck betrieblicher und ökonomischer Eigenlogiken, wie etwa eines steigenden Arbeitsvolumens. Besteht hingegen genug Spielraum, Krankheitssymptome zu managen, sehen die Betroffenen keine Notwendigkeit, ihre Krankheit am Arbeitsplatz offenzulegen. Simon Rohner und andere Interviewte treffen die Entscheidung zur Offenlegung der Erkrankung zwar weniger aufgrund von rationalen Kosten-Nutzen-Abwägungen, doch scheinen die Arbeitsbedingungen eine zentrale Rolle für die Entscheidung zu spielen, sich krankschreiben zu lassen. Simon Rohner arbeitet trotz wochenlanger Erschöpfungssymptome normal weiter. Eine Krankschreibung wird für ihn erst dann unumgänglich, als kurz vor Jahresabschluss die letzten Systemänderungen schnell und fehlerfrei umgesetzt werden müssen. In dieser Zeit wird seine Erschöpfung durch Schlafprobleme verschärft:

> dann ist für mich auch der Moment gekommen, wo ich gefunden habe, ich kann nicht mehr arbeiten. […] ich habe dann Anfang Dezember noch viele Changes gemacht, und da ist mir richtig bewusst worden, also ich bin hier [am Arbeitsplatz] gewesen, […] und dann habe ich mich einfach selber ein bisschen beobachtet und gemerkt, hey Junge, jetzt machst du, jetzt machst du einfach FEHLER. JETZT MACHST DU FEHLER. Und dann generell eigentlich schon gespürt, jaa, ja. Ich bin einfach, ich bin überhaupt nicht mehr leistungsfähig, ich bin nicht mehr konzentrationsfähig, und dann habe ich gemerkt, jetzt kannst du zu Hause bleiben. Und dann habe ich via Hausarzt auch mit einem Psychiater zu arbeiten angefangen und dann haben wir auch klar gefunden, MACHT keinen Sinn.

Simon Rohner beschreibt den Moment, in dem er sich seiner eingeschränkten Leistungsfähigkeit bewusst wurde, szenisch ausgeschmückt. Er war am Arbeitsplatz und hat angefangen „sich selbst zu beobachten". Dabei hat er festgestellt, dass er Fehler macht. Das Wort Fehler betont er durch seine Stimmlage und durch die Wiederholung in einem zweiten Satz. Den Umstand, in diesem Moment Fehler zu machen, lässt er damit als gravierend erscheinen. Der letzte Ausweg, in dieser Situation noch verantwortungsbewusst zu handeln, liegt für ihn

darin, sich krankschreiben zu lassen, um sich gewissermaßen selbst unschädlich zu machen. Simon Rohners Arbeitsrealität ist geprägt von Perfektionismus, hohem Zeit- und Leistungsdruck, langen Arbeitstagen und gelegentlich Arbeit auf Abruf sowie Nachtarbeit. Diese Arbeitsbedingungen sind in der Phase vor dem Jahresabschluss zusätzlich verschärft. Konnte er bis anhin trotz seiner Konzentrationsschwierigkeiten die Leistungserwartungen erfüllen, misslingt ihm nun das Management der Erschöpfungssymptome. Gegenüber der Aussicht, Fehler zu begehen, zieht er es vor, sich durch eine Krankschreibung vom Handlungsdruck entlasten zu lassen, auch wenn er damit das Stigma einer psychischen Diagnose in Kauf nehmen muss. Sein Hausarzt und der Psychiater, mit denen er, in einer ungewöhnlichen Formulierung, „zu arbeiten" begonnen hat, bestätigen seine Einschätzung („macht keinen Sinn") und liefern eine medizinische Objektivierung seiner Unzulänglichkeit.

Ärztliche Zeugnisse führen zwar zu einer Objektivierung der krankheitsbedingten Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Zugleich objektivieren sie aber auch die Hilfsbedürftigkeit und bringen das Stigma einer psychischen Diagnose mit sich, die wie oben ausgeführt, zumindest gegenüber Vorgesetzten und BGM-Verantwortlichen in der Regel offengelegt wird. Für Simon Rohner fällt die durch eine Krankschreibung legitimierte Entlastung vom Handlungsdruck stärker ins Gewicht. Es gibt aber auch Betroffene, die trotz heftiger Symptome auf eine Krankschreibung verzichten. Zwei Interviewte legten gegenüber ihren Vorgesetzten offen, dass es ihnen psychisch nicht gut ging, als sie von diesen bezüglich des Verfehlens von Leistungszielen kritisiert wurden. Die Vorgesetzten verzichteten daraufhin auf unmittelbare sanktionierende Maßnahmen. Gegenüber dem Status, den eine ärztliche Krankschreibung verleiht, sind diese Betroffenen jedoch stärker der Willkür und dem Wohlwollen ihrer Vorgesetzten ausgeliefert, die nicht verpflichtet sind, auf ihre Situation Rücksicht zu nehmen (Kap. 8 und 9).

Beschäftigte, die zunächst vor allem akute körperliche Symptome wahrnehmen (vgl. Abschn. 5.2.1), haben dagegen weniger Spielraum abzuwägen, ob und wann sie sich krankschreiben lassen wollen. Im Sample werden vier der neun interviewten Betroffenen von ihren Krankheitssymptomen gewissermaßen überwältigt. Für sie geht das Auftreten der Symptome mit einem schlagartigen Verlust der Handlungsfähigkeit einher und veranlasst sie bzw. ihr Umfeld, sofort ärztliche Hilfe zu suchen. Der IT-Mitarbeiter Lars Flury erinnert sich: „ich habe das gar nicht richtig gecheckt, was mit mir passiert, ich habe einfach gefunden, macht irgendetwas, es ist nicht mehr gut. Aber mir war bewusst, dass ich Hilfe brauche." Dass ihre Beschwerden Symptome einer psychischen Erkrankung sein könnten, ist diesen Betroffenen zunächst nicht bewusst, weil sie unter akuten körperlichen Beschwerden leiden. Die Produktionsmitarbeiterin Irina Cerny ist zunächst überzeugt, dass

sie eine körperliche Krankheit hat und wird von der psychischen Diagnose, die am Ende einer langen medizinischen Abklärungskette steht, überrascht:

> Dann bin ich von einem Arzt zum anderen, ich musste in die Röhre, den Kopf haben sie mir angeschaut. Also bevor ich in die Röhre bin, bin ich zu einer Neurologin, in [A-Stadt], ich bin sogar zum Hals-Nasen-Ohren-Arzt, wegen dem Gleichgewicht, vielleicht stimmt da etwas nicht. Ist ALLES gut gewesen, dann zum Herz-Spezialisten […] aber nein, von A bis Z ist bei mir ALLES gut gewesen. Also ORGANISCH jetzt. Und der Hausarzt wusste langsam auch nicht mehr weiter, und das ist, (1) vier Monate ist das so gegangen. Nein, zwei oder drei. Und dann hat mir der Hausarzt gesagt, also er hat mir ein Schächtelchen gegeben mit Antidepressiva. Und ich, NEIN, ich nehme das NICHT, also, ich bin nicht, habe keine DEPRESSIONEN. Und er hat gesagt, wenn organisch alles gut ist, dann ... ja. Tue es ihm leid, dass er das sagen muss, aber wahrscheinlich PSYCHISCH dann.

Das Zitat veranschaulicht den stigmabehafteten Charakter der Diagnose einer psychischen Erkrankung. Die Interviewte unterzieht sich einer langwierigen Reihe aufwändiger und mühsamer medizinischer Abklärungen. Eine psychische Erkrankung wird erst in Erwägung gezogen, nachdem sich auf organischer Ebene keine Auffälligkeiten gezeigt haben und der Hausarzt quasi im Ausschlussverfahren auf eine psychische Ursache schließt. Den Moment der Mitteilung der Diagnose schildert die Interviewte szenisch: der Hausarzt überreicht ihr wortlos eine Schachtel mit Antidepressiva. Die Wortlosigkeit unterstreicht den Tabucharakter der Diagnose, ebenso wie die darauffolgende Abwehrreaktion der Interviewten, sie habe keine Depressionen. Dann spricht der Arzt den vermuteten Diagnosetyp aus, begleitet von einer Bekundung seines Bedauerns.

In anderen Fällen geht die Problematisierung von Krankheitssymptomen nicht von den Betroffenen, sondern von deren Umfeld aus. Zwei Interviewte vermeiden es über längere Zeit, ihre Symptome als Anzeichen einer Erkrankung wahrzunehmen. Zu einer Problematisierung ihres Zustandes kommt es auf Initiative ihres Arbeitsumfelds und die Betroffenen wehren sich anfänglich dagegen. Der Kundenberater Erich Müller erkennt im Rückblick über den Zeitraum von fast einem Jahr Symptome, die auf seine psychische Erkrankung hindeuteten: Freudlosigkeit, plötzlich auftretende Weinkrämpfe, Ess- und Schlafstörungen und mehrere kleine Autounfälle. Trotz des Leidensdrucks nimmt er sich nicht als krank wahr. Er hat den Eindruck, etwas „stimme nicht“ mit ihm, aber er sucht keine Hilfe. Bei der Arbeit habe er einerseits „alles sauber erledigt“, andererseits erinnert er sich an verlegte Akten und vergessene Termine. Dieser vermeintliche Widerspruch wird vor dem Hintergrund des Jobprofils eines Kundenberaters verständlich. Diese

haben zwar einen Arbeitsplatz in der Firma, erledigen ihre Arbeit aber weitestgehend individuell und selbständig. Kundinnen treffen sie oft außerhalb der Firma. Die Leistungskontrolle erfolgt nicht primär prozess-, sondern ergebnisorientiert, d. h. anhand der erzielten Verkaufszahlen. Erich Müllers Konzentrationsschwierigkeiten wirken sich in dieser Zeit nicht gravierend auf seine Verkaufserfolge aus und aufgrund der selbständigen Arbeitsweise fällt sein verschlechterter Zustand dem Arbeitsumfeld nicht auf. Zudem bietet seine Tätigkeit mit der Möglichkeit zur freien Zeiteinteilung viel Spielraum für das Management der Krankheitssymptome. Der im Beruf des Kundenberaters gepflegte Erfolgskult trägt außerdem dazu bei, dass Leistungsfähigkeit eine identitätsstiftende Funktion erhält (Voswinkel 2017b, S. 99 f.) und Krankheit als individuelle Schwäche erscheint, woraus sich eine Neigung zu „Krankheitsverleugnung" (Kocyba und Voswinkel 2007) ergibt. Erst als sich sein Zustand drastisch verschlechtert und er in den Worten der Personalverantwortlichen am Arbeitsplatz „ausrastet", wird sein Vorgesetzter auf das Problem aufmerksam. Auf Drängen des betrieblichen Gesundheitsmanagements lässt er sich ärztlich untersuchen und wird in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Die Krankheitsdefinition wird somit an ihn herangetragen.

Während Vorgesetzte sich bezüglich Wahrnehmung und Problematisierung der Symptome von Mitarbeitenden in einem Dilemma zwischen Aufrechterhaltung des Alltagsbetriebs und rechtzeitigem Ergreifen von Maßnahmen befinden, forcieren die Verantwortlichen des Gesundheitsmanagements eine fachärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, sobald sie in einen Fall involviert werden. Wichtig ist es aus ihrer Sicht, dass sich Beschäftigte mit psychischen Problemen behandeln lassen, um optimal auf ihre Genesung und den Erhalt ihrer Arbeitsfähigkeit hinzuarbeiten. Das „Aufbieten zum Arzt" sei eine Führungsaufgabe, hält eine BGM-Verantwortliche des *Industriebetriebs* fest. Im Bemühen, die aus ihrer Sicht angemessene medizinische Versorgung für die Beschäftigten sicherzustellen, geht die *Komfortia* am weitesten: Infolge des gehäuften Auftretens von Burnouts und Depressionen in der Belegschaft hat das Unternehmen mit einer psychiatrischen Klinik in der Hauptsitzregion ein Abkommen geschlossen, das seinen Beschäftigten innerhalb von wenigen Tagen einen Termin für eine psychotherapeutische Sitzung garantiert. Die medizinische Problematisierung von psychischen Symptomen ist damit auf der institutionellen Ebene verankert. Im *Industriebetrieb* ist die Problematisierung der psychischen Beschwerden von Beschäftigten auf informeller Ebene etabliert. Laut der Erzählung des Personalchefs gehört es zu den inoffiziellen Aufgaben der betriebsinternen Physiotherapeutin, sich als „eine Art Vertrauensperson" mit den Beschäftigten über deren Gesundheitszustand auszutauschen. Sie wahre dabei das „Arztgeheimnis" und „coache" die Betroffenen zugleich, sich gegenüber ihren Vorgesetzten zu

„outen". Damit zielt der Betrieb auf eine systematischere Problematisierung psychischer Krankheitssymptome ab.

5.3 Plausibilisierung und die Entwicklung von Interpretationen

Die Offenlegung einer psychischen Erkrankung wirft für die Betroffenen und andere betriebliche Akteurinnen Unklarheiten und Fragen nach Verantwortlichkeiten auf. Anhand der medizinischen Problemdefinition, die in der Form einer Diagnose und der Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit vorliegt, lassen sich diese Unklarheiten und Fragen nicht vollständig klären. Beispielsweise ist unklar, wie lange mit einem Ausfall der Betroffenen zu rechnen ist und ob sie an ihrem Arbeitsplatz wieder einsatzfähig sein werden. Gerade Linienvorgesetzte sind deshalb an genaueren Erklärungen zu den Umständen der Erkrankung interessiert, aus denen sich Perspektiven der weiteren Beschäftigung ableiten lassen. Je nach Situation hegen Vorgesetzte oder HR-Verantwortliche Zweifel, inwiefern die Dauer einer Krankschreibung tatsächlich medizinisch gerechtfertigt ist und den Betroffenen ihre Arbeitsaufgaben nicht doch wieder zumutbar wären. Sie verlangen nach weiteren Informationen, die die Legitimität des Leistungsausfalls „plausibilisieren": In den Worten eines Personalverantwortlichen geht es um eine „Plausibilisierung, dass das realistisch ist. […] oder ja, vielleicht auch die Chancen, dass das wieder gut kommt". Das Ausmaß und die Dauer des Leistungsausfalls müssen angesichts der gestellten Diagnose und der sichtbaren bzw. dem Arbeitgeber kommunizierten Symptome überzeugen. An der Ausarbeitung, Kommunikation und Verfestigung solcher Plausibilisierungen und Erklärungen sind neben den Betroffenen und Vorgesetzten die BGM-Verantwortlichen der drei Unternehmen wesentlich beteiligt. Durch die Beratung von Betroffenen tragen sie aktiv zur Entwicklung und Verbreitung von Deutungen bei (Gonon 2019).

5.3.1 Die Frage der Legitimität des Leistungsausfalls

Obwohl eine Arbeitsunfähigkeit durch ein ärztliches Attest den Status von Objektivität und Legalität erhält, wird sie nicht in allen Fällen als legitim angesehen. Dem Arbeitsplatz fernzubleiben und gleichzeitig zur Verrichtung gewisser Aktivitäten in der Lage zu sein, ist für die Betroffenen mit einer „moralischen Arbeit" der Legitimierung verbunden (Flinkfeldt 2011; Hanisch und Solvang 2019). Die Betroffenen des Samples zweifeln zuweilen selbst daran, inwiefern

die ärztliche Einschätzung ihre tatsächliche Arbeitsfähigkeit widerspiegelt. Da sich das ärztliche Urteil bei psychischen Erkrankungen oft auf die Aussagen und Selbstwahrnehmungen der Betroffenen stützt, mag die ärztlich festgelegte Arbeitsunfähigkeit nicht als objektive Tatsache, sondern als subjektiv und damit durch eine Willensanstrengung theoretisch überwindbar erscheinen. Um den Eindruck einer rein subjektiven Arbeitsunfähigkeit abzuwenden, berichtet Simon Rohner im Interview, dass sein Arzt sich in der Festlegung seiner Teilarbeitsfähigkeit zwar am Bedürfnis nach Schonung orientiert, das er selbst äußert. Er betont aber, dass der Arzt trotzdem unabhängig von ihm entscheide. Die Vorstellung, dass der Arzt seiner subjektiven Selbstwahrnehmung den Status von Objektivität und rechtlicher Verbindlichkeit verleiht, ist Simon Rohner sichtlich unangenehm.

Die hier erkennbare Rechtfertigungshaltung ist verständlich vor dem Hintergrund, dass einige interviewte Führungskräfte die Angemessenheit ärztlich definierter Arbeitsunfähigkeiten anzweifeln. Bei psychischen Erkrankungen, die für Außenstehende weniger deutlich erkennbar sind als körperliche Krankheiten, wird Arztzeugnissen von Seiten der HR- oder BGM-Verantwortlichen besondere Skepsis entgegengebracht. Mehrere Personalverantwortliche beklagen sich darüber, dass Ärztinnen zu stark für die erkrankten Beschäftigten Partei nehmen oder werfen ihnen vor, so genannte „Gefälligkeitszeugnisse“ auszustellen.

Wie Nicolas Dodier (1994) herausgearbeitet hat, greifen Ärzte in der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit auf unterschiedliche Deutungsrahmen (bzw. lokale Konventionen) zurück. Einen „clinical frame“ einnehmend suchen sie nach objektiven Symptomen, über die sich eine Arbeitsunfähigkeit begründen lässt. Symptome reichen aber, so Dodier (1994, S. 492), oft nicht aus, um eine Arbeitsunfähigkeit zu rechtfertigen. Deshalb versuchen Ärztinnen anhand des Verhaltens ihrer Patienten, herauszufinden, was deren „Strategie“ ist, d. h. inwiefern sie darauf abzielen, durch eine Krankschreibung Privilegien zu erhalten. Ärzte können ihre Patientinnen aber auch auf eine andere Weise in den Blick nehmen: im „solicitude frame“ betrachten sie die Äußerung gesundheitlicher Beschwerden als vorbehaltsloses Problemsymptom, dessen Legitimität außer Frage steht.

Aus der Perspektive der Arbeitgeber stellt eine ärztliche Krankschreibung einen gesetzlich legalen Weg dar, das vertraglich vereinbarte Tauschverhältnis von Lohn gegen Arbeitskraft temporär zu unterlaufen. Als „Gatekeeper“ zu einer arbeitsrechtlich bindenden Arbeitsfähigkeit verfügen Ärzte somit über die Macht, dieses Tauschverhältnis vorübergehend außer Kraft zu setzen. Dementsprechend sind Arztzeugnisse Gegenstand von Zweifeln und expliziter Kritik von Arbeitgeberinnen. Besonders bei psychischen Erkrankungen kommt leicht der

Verdacht auf, eine Krankschreibung erfolge allein auf der Grundlage subjektiver Beschwerden. Betriebliche Akteurinnen unterstellen also zuweilen, dass eine Krankschreibung nach dem von Dodier beschriebenen ‚solicitude frame' erfolgt ist.

HR- und BGM-Verantwortliche versuchen auf verschiedene Weisen, die ärztliche Definition von Arbeitsunfähigkeit zu beeinflussen. Zum einen weisen sie Arztzeugnisse zurück, die in formaler Hinsicht nicht ihren Erwartungen entsprechen. So akzeptieren sie keine Krankschreibungen auf unbestimmte Zeit, sondern verlangen, dass die gesundheitliche Situation der Betroffenen regelmäßig neu beurteilt wird. Zudem versuchen sie, den Ärztinnen im persönlichen Kontakt die Tätigkeit der betroffenen Beschäftigten näher zu beschreiben und ersuchen sie darum, die Beschäftigten zumindest teilarbeitsfähig zu schreiben (vgl. Irvine 2011b), damit sie in Teilzeit an den Arbeitsplatz zurückkehren können.

Auch wenn die Überprüfung der Legitimität von Leistungsausfällen in der Selbstwahrnehmung der meisten interviewten BGM-Verantwortlichen nicht an erster Stelle kommt, gehört es zu ihrer Rolle abzuklären, inwiefern die Betroffenen tatsächlich arbeitsunfähig sind. Die interviewten BGM-Verantwortlichen berichten, dass sie einerseits darauf achten, dass die Betroffenen *lange genug* krankgeschrieben sind, um sich auszukurieren. Andererseits stellen sie sicher, dass sie ihrem Arbeitsplatz *nicht länger als nötig* fernbleiben. Verhindert werden soll, dass Beschäftigte die Leistungen des Unternehmens wie Krankentaggelder und Wiedereingliederungsaktivitäten ausnutzen könnten.

Die Prüfung der Legitimität von Leistungsausfällen ist über das so genannte Absenzenmanagement in der institutionellen Struktur des BGM verankert. Dieses dient der zentralen und systematischen Erfassung und Analyse der Dauer und Gründe der Abwesenheiten von Beschäftigten. Im Absenzenmanagement ist eine kritische Anzahl Abwesenheitstage pro Zeitraum definiert, ab denen Beschäftigte kontaktiert werden müssen.[6] Neben Langzeitabwesenheiten werden zudem auffällige Muster im Abwesenheitsverhalten verfolgt, wie die Häufung von kürzeren Absenzen, die als Warnzeichen in Bezug auf die psychische Gesundheit gelten. Das Absenzenmanagement lässt sich mit den Begriffen der Soziologie der Konventionen als kognitives Format beschreiben, über das Krankheitsfälle im Unternehmen als problematisch erkannt und sichtbar gemacht werden (Nadai et al. 2019, S. 145; Gonon 2022) und aus dem Handlungsbedarf für das BGM abgeleitet wird. Mit der systematischen Erzeugung von Handlungsbedarf für alle Absenzen ab einer bestimmten Dauer wird aber zugleich die Überprüfung der Legitimität dieser Leistungsausfälle institutionalisiert und systematisiert.

---

[6] Die Spanne reicht in den drei Unternehmen von zehn bis 20 aufeinanderfolgenden Tagen.

5.3.2 Kontaktpraktiken des BGM: Unterstützung und Informationsbeschaffung

Durch den direkten Austausch, den sie mit erkrankten Beschäftigten pflegen, haben die BGM-Verantwortlichen ausgiebig Gelegenheit, sich ein Bild von deren Zustand zu machen. Wenn Beschäftigte für längere Zeit krankgeschrieben werden, nimmt das BGM persönlichen Kontakt mit ihnen auf und bietet ihnen Beratung und Begleitung an. BGM-Verantwortliche erkundigen sich regelmäßig bei den Krankgeschriebenen nach ihrem Befinden und dem Stand der medizinischen Behandlungen. Manche verlangen sogar Vollmachten, die sie berechtigen, bei den behandelnden Ärztinnen Auskünfte über die gesundheitliche Situation der Beschäftigten einzuholen. Einige bieten den Beschäftigten an, sie zur Psychotherapie zu begleiten oder gehen so weit, sie in der psychiatrischen Klinik oder zu Hause zu besuchen. Sie überschreiten damit die traditionelle Grenze zwischen Erwerbsarbeit und Privatleben, weshalb Voswinkel (2017b, S. 101) diese Praktiken als problematische Form der „Entgrenzung“ bezeichnet.

Die Beschäftigten haben zwar offiziell das Recht, den engeren Kontakt während der Zeit ihrer Krankschreibung abzulehnen. Ein paar interviewte Betroffene weisen die Versuche von BGM-Verantwortlichen, mit ihren Therapeuten Kontakt aufzunehmen oder sie in der Klinik zu besuchen, denn auch erfolgreich zurück. Wenn man jedoch gar nicht auf die Kontaktversuche des Betriebs eingeht, kann dies einen negativen Eindruck hinterlassen, der sich auf die Bereitschaft der Beteiligten, eine Wiedereingliederung zu unterstützen, auswirkt. Ähnlich verhält es sich mit dem Angebot der BGM-Beratung: während einige Betroffene dieses Angebot an sich schätzen, erwähnen zwei Interviewte, darunter Simon Rohner (Fallbeispiel 5.1), dass sie das Angebot zunächst ablehnen wollten, sich aber dann umentschieden haben.

Das folgende Zitat des BGM-Verantwortlichen Felix Siegrist ist beispielhaft für das Vorgehen des BGM in der Begleitung kranker Beschäftigter, das diese nicht nur als Beschäftigte, sondern „ganzheitlich“ in den Blick nimmt. Felix Siegrist erzählt vom Fall des Kundenberaters Bruno Ramseier, der ohne Erklärung für ein paar Wochen an seinem Arbeitsplatz ausfiel:

> Als ich ihn kennen gelernt habe, respektive mir der Vorgesetzte gesagt hat, ... ich solle doch mal mit ihm Kontakt aufnehmen, habe ich Herrn Ramseier daheim angetroffen in desolatem Zustand so ein bisschen, ein bisschen versifft, Kühlschrank leer, total leer, mit, mit Magenbeschwerden, mit Angst, es könne irgendwo ein Darmkrebs da sein

Die Beschreibung des BGM-Verantwortlichen lenkt den Blick auf Bruno Ramseiers Überforderung mit der Bewältigung der basalsten Anforderungen der alltäglichen Lebensführung. Er ist in „desolatem Zustand“ und „versifft“, scheint also Minimalstandards der Körperpflege nicht zu erfüllen. Der leere Kühlschrank, in den Felix Siegrist offensichtlich hineingeschaut hat, deutet darauf hin, dass Bruno Ramseier seine Ernährung vernachlässigt. Zudem wird Bruno Ramseier von Beschwerden und Ängsten geplagt, die nach der Einschätzung von Felix Siegrist übertrieben sind oder gar von Paranoia zeugen. Felix Siegrist stellt zudem Alkoholprobleme fest: Bruno Ramseier habe sich zwar „vorgenommen, irgendetwas zu machen, aber dann hat er sich wieder auf der Couch gefunden und die Flasche neben sich.“ Damit beschreibt Felix Siegrist eine Reihe von Beobachtungen und Problemen, die nicht in den traditionellen Zuständigkeitsbereich von Arbeitgebern fallen. In der Begleitung Bruno Ramseiers greift das BGM in Bereiche der privaten Lebensführung ein und vermittelt ihm darüber hinaus einen Therapieplatz bei einem Psychologen in einer Klinik.

Felix Siegrist gelingt es, Bruno Ramseier in der Bewältigung bestimmter akuter Probleme seines Lebensalltags zu unterstützten, darunter auch, seine Aufgaben als Kundenberater wieder wahrzunehmen (vgl. Abschn. 9.1.2). Gleichzeitig erlaubt der Einblick in die Privatsphäre der Beschäftigten, ein differenziertes Bild über deren Problemlage zu gewinnen und die gewonnen Informationen in die betriebliche Beurteilung ihres Falls und ihrer Wiedereingliederungsperspektiven einfließen zu lassen. Dies kann für die Betroffenen sowohl Vorteile als auch Nachteile mit sich bringen. Im Fall von Bruno Ramseier setzt sich der BGM-Verantwortliche bei den Vorgesetzten und dem Personalmanagement für eine milde Beurteilung des erfolgten Leistungseinbruchs ein und argumentiert, dass dessen private Probleme von vorübergehender Natur seien.

Ein Informationsaustausch zwischen der Vorgesetzten und der BGM-Verantwortlichen findet auch im Fall des Sachbearbeiters Ugo Mantovani statt. Nach einer längeren Krankschreibung und einem Wiedereinstieg in die Arbeit kommt es wiederholt zu kürzeren Absenzen. Seine Vorgesetzte Gerda Rensch wendet sich jeweils an die BGM-Verantwortliche Nicole Schreiber, die Ugo Mantovanis Wiedereingliederung begleitet hat und weiterhin ein vertrauliches Verhältnis mit ihm pflegt. Die Vorgesetzte berichtet:

> Beim Ugo ist es klar gewesen, dort ist sie immer dabei gewesen, dort hat sie immer begleitet, dort hat sie einen auch zwischendrin mal gefragt, und wie geht es? Dort habe ich dann jeweils auch zurückgespiegelt, du, jetzt hat er wieder zwei Tage gefehlt oder jetzt hat er wieder drei Tage gefehlt und dann hat sie gesagt, komm, ich gehe mal wieder rauchen mit ihm, oder, dann ist sie, hat sie wieder Pause gemacht mit ihm, aber ich glaube, sie hat auch nichts herausgefunden, sonst hätte sie mich wahrscheinlich

> informiert. Ja. Also die Gespräche mit der Nicole sind auch vertraulich, aber wenn natürlich eine Person dann einwilligt und sagt, doch ... sie sei einverstanden, dass man mit mir redet, dann macht die Nicole das in der Regel auch und gibt mir in der Regel auch ein Feedback dann, oder. Aber sie hat eigentlich gesagt, du, es ist nichts Spezielles.

Die Vorgesetzte rechtfertigt in diesem Interviewauszug die Weitergabe von Informationen durch das BGM mit dem Einverständnis des Betroffenen. Inwieweit man im Kontext des hierarchischen Verhältnisses zwischen Vorgesetzten und Beschäftigten von einer freien Einwilligung sprechen kann, lässt sich bezweifeln. Das Zitat belegt deutlich, dass die BGM-Verantwortliche gezielt auf die Anfrage der Vorgesetzten Kontakt mit Beschäftigten aufnimmt und sie über die Resultate ihrer Erkundigungen über mögliche Probleme und Ursachen des Abwesenheitsverhaltens informiert. Auch wenn sie mit der Aussage, es sei „nichts Spezielles", keine persönlichen Informationen über den Betroffenen preisgibt, beeinflusst dies das Bild, das sich die Vorgesetzte von ihm macht. Wenn es für das Fehlen am Arbeitsplatz keine „speziellen" Gründe gibt, wirkt sich das nicht unbedingt vorteilhaft auf die Beurteilung eines Beschäftigten aus (mehr zum Fallbeispiel in 9.1.4).

5.3.3 Fallgeschichten und Klärung von „Ursachen"

Ernsthafte Krankheiten bringen nach Arthur W. Frank (1995, S. 53 ff.) einen „call for stories" mit sich. Die eigene Krankheitsgeschichte zu erzählen, hilft den Betroffenen, sich angesichts der Veränderung, die die Krankheit für ihr Leben bedeutet, neu zu orientieren und ihre Identität, die durch die Krankheit erschüttert wurde, zu reparieren. Krankheitsdeutung geht für sie mit Identitätsarbeit einher. Ein paar interviewte Betroffene erwähnen, dass ihr Umfeld angesichts ihrer Depression sehr überrascht war, weil sie als Personen mit viel Energie und einer positiven Einstellung galten. Die Krankheit bietet Anlass, sich mit der eigenen Identität auseinanderzusetzen.

Zum anderen entspringt der „Ruf nach Geschichten" dem praktischen Erfordernis, die eigene Krankheitsgeschichte wieder und wieder gegenüber Akteurinnen aus dem medizinischen, beruflichen und privaten Umfeld darzulegen. Durch das wiederholte Erzählen entwickeln die Betroffenen mit der Zeit eine verfestigte Version ihrer Fallgeschichte (vgl. Hassler 2021, S. 100 ff.). Die Erzählung der Krankheitsgeschichte kann für die Betroffenen ein Instrument in der Bewältigung des Stigmas einer psychischen Diagnose sein. Insofern ist die Identitätsarbeit der

Betroffenen für das Gelingen der Eingliederung von großer Relevanz (van Hal et al. 2012). An der Entwicklung einer Krankheitsgeschichte haben auch Ärzte, Therapeutinnen und BGM-Verantwortliche Anteil. Die BGM-Verantwortlichen kommunizieren gewisse Elemente der Fallgeschichte im Betrieb weiter (vgl. oben) und spielen so für die Etablierung kollektiv geteilter Interpretationen eine zentrale Rolle. Krankheitsgeschichten sind nicht nur für die Identitätsarbeit der Betroffenen relevant, sondern auch für die BGM-Verantwortlichen und Vorgesetzten, wenn es darum geht, die Arbeitsunfähigkeit zu „plausibilisieren" und Entscheidungen sowie konkrete Maßnahmen für die Wiedereingliederung zu begründen.

In diesem Zusammenhang regen die BGM-Verantwortlichen insbesondere eine Reflexion über die „Ursachen" der Erkrankung an: So erinnert sich Simon Rohner (Fallbeispiel 5.1) daran, dass er gemeinsam mit seinem Therapeuten und dem BGM-Verantwortlichen „herausgefunden" hat, wo die Hauptursachen seiner Depression lagen, nämlich in einer Belastungssituation im Privatleben. Nicht allen Betroffenen gelingt es, eine klare Ursache für ihre Erkrankung zu benennen. Dies kann sich unter Umständen nachteilig für sie auswirken, weil sie den willkürlichen Interpretationen ihres Umfelds dadurch stärker ausgeliefert sind. Bleibt eine Erklärung ganz aus, kann es auch vorkommen, dass die Legitimität der Arbeitsunfähigkeit gänzlich in Frage gestellt wird. Eine Hauptursache für eine psychische Erkrankung zu benennen, ist in den meisten Fällen nicht möglich. Dennoch gibt es betriebliche Logiken, die nach der Festlegung einer solchen verlangen. Entsprechend versuchen die BGM-Verantwortlichen, die betroffenen Beschäftigten in ihren Reflexionsprozessen bezüglich der Benennung von „Ursachen" der Erkrankung zu lenken.

In manchen Fällen wünschen die Vorgesetzten explizit, von den Betroffenen oder den zuständigen BGM-Verantwortlichen zu erfahren, wo sie die Ursachen der Erkrankung verorten, so auch der Vorgesetzte von Simon Rohner: er fühlte sich durch dessen Krankschreibung verunsichert und fragt sich, ob der „Verursacher" hauptsächlich in der Arbeit lag. Wie Stephan Voswinkel (2017a, S. 61) festhält, wird die „Frage, welche Lebensbereiche welchen Anteil am Krankheitsgeschehen tragen, […] vor allem dann aufgeworfen, wenn Verantwortung zu- oder abgewiesen werden soll". Dies scheint auch in den untersuchten Unternehmen zuzutreffen. Aufgrund des hohen Zeit- und Leistungsdrucks in der IT-Abteilung hält der Vorgesetzte von Simon Rohner es nicht für ausgeschlossen, dass die Erkrankung durch die Arbeit mitbedingt ist und fürchtet deswegen, mitverantwortlich zu sein. Als er erfährt, dass der „Verursacher" privater Natur war, fällt eine „Last" von ihm ab. Die Erklärung über „private" Ursachen kommt im Datenmaterial auffällig oft vor. Eine solche Erklärung entlastet Führungskräfte und den

Betrieb von einer potenziellen Mitschuld an der psychischen Erkrankung (vgl. dazu Abschn. 6.2.3). Zudem kann sie dem Wunsch der Betroffenen entgegenkommen, ihre Identität als verlässliche und leistungsstarke Mitglieder des Betriebs wiederherzustellen.

Die entwickelten Erklärungen spielen eine Rolle für das weitere Vorgehen bezüglich der Wiedereingliederung der betroffenen Mitarbeitenden. Sie werden von Vorgesetzten und BGM-Verantwortlichen nötigenfalls auch gegenüber Kolleginnen und höheren Vorgesetzten ins Feld geführt, um zu begründen, dass die gewählten Maßnahmen der Eingliederung sinnvoll sind. Mit den Erklärungen sind moralische Wertungen und Identitätskonstruktionen, etwa als weiterhin leistungsbereite Arbeitskraft, verbunden. BGM-Verantwortliche und Vorgesetzte untermauern diese Erklärungen mit Hinweisen auf frühere Verhaltensweisen der Betroffenen, wie ihre Arbeitsmotivation, ihr Abwesenheitsverhalten, sowie mit Wissen über ihre Biografie und ihr Privatleben, frühere Erfahrungen, die sie in ihrem Arbeitsbereich gemacht haben, etc. Felix Siegrist, der BGM-Verantwortliche aus dem Fallbeispiel 5.1, leitet aus der „zuvorkommenden“ Haltung von Simon Rohners Vorgesetzten her, dass dessen psychische Probleme nicht arbeitsbedingt sein können. Auch für andere BGM-Verantwortliche ist das Verhältnis der Betroffenen zu ihren Linienvorgesetzten ein Anhaltspunkt in der Beurteilung des Falls. Nehmen sie die Vorgesetzten als unterstützend und entgegenkommend wahr, fällt ein Konflikt als Hauptursache für die Erkrankung weg. Mit dem Hinweis, dass eine Mitarbeiterin schon früher nicht besonders leistungsstark war, lässt sich umgekehrt eine Erklärung der Erkrankung über berufliche Belastungen stützen.

In einigen Deutungsprozessen bestehen parallel zur dominanten Fallgeschichte divergierende Erklärungen der psychischen Problemsituation: Es gibt Betroffene, die ihre persönlichen Erklärungen im Unternehmen nicht kommunizieren, weil sie befürchten, dass sie als illegitim erscheinen und somit nachteilige Konsequenzen nach sich ziehen könnten. In anderen Fällen haben BGM-Verantwortliche Erklärungen für die Problemsituation, die von derjenigen der anderen Akteure abweichen und die sie nicht weiterkommunizieren, weil sie für Irritation sorgen könnten, wie z. B., dass eigentlich nicht die Mitarbeiterin ein Problem habe, sondern ein schwieriger Vorgesetzter „das Problem“ sei.

5.4 Aushandlung der Bedingungen des Wiedereinstiegs

Die kollektive Deutung des Krankheitsfalls dient den Akteurinnen in der Aushandlung der Vorkehrungen und Maßnahmen zur Wiedereingliederung als

Orientierungs- und Argumentationsgrundlage. Sie kann sich im weiteren Verlauf jedoch auch wandeln. Ein zentraler Gegenstand im Wiedereingliederungsvorgang ist die *Arbeitsfähigkeit* der Betroffenen. Sie unterliegt fortwährenden Neubestimmungen, die zwischen den Betroffenen, ihren Ärztinnen, Vorgesetzten und BGM-Verantwortlichen ausgehandelt werden. Da Arbeitsfähigkeit immer relativ ist zu einem konkreten Arbeitsplatz, stellt ihre Verhandlung zumindest implizit auch die Arbeitsbedingungen zur Diskussion. Eine explizite Thematisierung von Arbeitsbedingungen kommt aber nur in wenigen der analysierten Fälle vor.

5.4.1 Arbeitsfähigkeit und Arbeitsplatzanpassungen

Simon Rohner (Fallbeispiel 5.1) zeigt sich darum bemüht, die Unannehmlichkeiten, die durch den Ausfall seiner Arbeitskraft entstehen, so gering wie möglich zu halten. Wenn eine Krankschreibung länger andauert, kann dies für das Team zu einer Belastung werden, vor allem dann, wenn das Arbeitsvolumen nicht an den Personalbestand angepasst wird. Inwiefern die Krankschreibung zu Mehrarbeit für die Kollegen führt, hängt davon ab, ob finanzielle Mittel für eine Ersatzarbeitskraft eingesetzt werden können oder nicht (Nadai et al. 2019, S. 153; vgl. Abschn. 7.2.2). Während in gewissen Abteilungen des *Industriebetriebs* bei personeller Unterbesetzung weniger Aufträge angenommen werden, bestehen die Vorgesetzten der IT-Abteilung Simon Rohners darauf, dass das Team trotz des Langzeitausfalls die gleiche Leistung erbringt wie sonst. Für Simon Rohner, der sich dessen bewusst ist, erhöht sich dadurch der Druck, schnell an seinen Arbeitsplatz zurückzukehren.

Auch im *Industriebetrieb* ist man an einer möglichst schnellen Rückkehr erkrankter Beschäftigter interessiert. Die Dauer, bis wann Erkrankte wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren können, ist eine umstrittene Angelegenheit und aus Arbeitgeberperspektive mit finanziellen Verlusten verbunden. Eine BGM-Verantwortliche erklärt: „jeder Mitarbeiter, der fehlt, da zahlen wir aus unserer Tasche diesen Krankenlohn." In den beiden Versicherungen ist der Leistungsausfall zwar über die Zahlungen der Krankentaggeldversicherung gedeckt.[7] Dennoch achten die BGM-Verantwortlichen darauf, dass diese Leistungen nicht länger als

[7] Die gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht bei Krankheit beträgt in der Schweiz je nach Anstellungsdauer zwischen drei und 17 Wochen. Viele große und mittelgroße Unternehmen haben eine freiwillige Krankentaggeldversicherung und zahlen erkrankten Beschäftigten während ein bis zwei Jahren 80 oder 100 % des Lohnes. Der Industriebetrieb verfügt zwar über keine Krankentaggeldversicherung, zahlt den Lohn aber trotzdem auf freiwilliger Basis mindestens ein Jahr weiter.

nötig beansprucht werden (vgl. Abschn. 5.4.2). Nach einer gewissen Dauer klären BGM-Verantwortliche ab, ob die erkrankten Beschäftigten wieder teilarbeitsfähig geschrieben werden können. Der Vorschlag eines schrittweise zu steigernden Teilzeitpensum entspricht auch aus ärztlicher Sicht dem gängigen Vorgehen zur Wiedereingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter. In den Versicherungsunternehmen wird überdies abgeklärt, ob die Betroffenen bereit sind, gewisse Arbeiten von zu Hause aus zu erledigen.

Während für den schrittweisen Wiedereinstieg über ein Teilzeitpensum das Urteil von Ärztinnen maßgebend ist, findet die Aushandlung etwaiger Anpassungen der Arbeitsaufgaben an die gesundheitliche Situation zwischen den betroffenen Beschäftigten, den Vorgesetzten und den BGM-Verantwortlichen statt. Im Fallbeispiel 5.1 diskutieren Simon Rohner und sein Teamleiter mögliche Anpassungen, wie die Abgabe von Verantwortungen und die Fokussierung auf weniger komplexe Aufgaben, sie entscheiden sich aber dagegen. Simon Rohner begründet den Verzicht mit dem Verweis, dass die „Ursachen" seiner Erkrankung im „Privatleben" gelegen haben. Dies entspricht einem häufigen Muster im Datenmaterial (vgl. Abschn. 7.2.4). Es ist davon auszugehen, dass weder die Vorgesetzten noch die Betroffenen ein großes Interesse an Anpassungen von Arbeitsaufgaben haben, weil sie zum einen organisatorischen Mehraufwand verursachen und zum anderen von den Betroffenen als stigmatisierend empfunden werden können, da sie so als weniger leistungsfähig erscheinen. Auch die BGM-Verantwortlichen schlagen in den untersuchten Fallbeispielen nur selten Anpassungen vor.

Wenn vereinbart wurde, welche Maßnahmen zur Wiedereingliederung getroffen werden, müssen diese von den Beteiligten umgesetzt werden. Auflagen, sich zu schonen und weniger zu arbeiten, können je nach Arbeitsbereich mit der Realität der vorherrschenden Leistungskultur konfligieren und sich als schwierig umsetzbar entpuppen. Dies trifft im diskutierten Fallbeispiel (5.1) zu. Bereits ein Teilzeitpensum ist für diesen Arbeitsbereich nicht selbstverständlich und erzeugt Rechtfertigungsbedarf. Rechtfertigungsbedarf besteht zum einen gegenüber den Teams, die Verständnis für die Anpassung von Leistungsstandards und Aufgaben an die eingeschränkte Leistungsfähigkeit von Betroffenen aufbringen müssen. Die Vorgesetzten befinden sich nach Charmaz (2010) diesbezüglich in einem Dilemma zwischen der Gewährleistung von sinnvollen Anpassungen und der Vermeidung einer Bevorzugung der Betroffenen. Simon Rohners Wunsch, sein Pensum flexibel zu handhaben, also für bestimmte Aufgaben auch länger zur Verfügung zu stehen, sein Verzicht auf Arbeitsplatzanpassungen und auf „Sonderbehandlungen" lassen sich als Strategien zur Herstellung von Akzeptanz im Team deuten – gleichsam als Ausrichtung an (antizipierten) moralischen Ansprüchen,

die an ihn gestellt werden. Zum anderen kann Rechtfertigungsbedarf gegenüber der höheren Leitungsebene bestehen, vor der Vorgesetzte das Erreichen von Leistungszielen verantworten müssen. Wenn Vorgesetzte unter Druck stehen, erhöht sich für die Betroffenen wiederum der Druck, ihre Erkrankung plausibel erscheinen zu lassen und keine als unnötig oder ungerecht kritisierbaren „Privilegien“ zu beanspruchen, wie es der Vorgesetzte von Simon Rohner ausdrückt.

Es hängt von den Arbeitsbedingungen ab, inwiefern die mit dem BGM ausgehandelten Eingliederungsmaßnahmen tatsächlich umsetzbar sind. Darüber hinaus spielt die Unterstützung der Vorgesetzten eine wichtige Rolle. Wie lange Simon Rohner sein Teilzeitpensum, das er zum Interviewzeitpunkt weiterhin beibehalten möchte, aufrechterhalten kann, ist durch die bevorstehende Reorganisation in Frage gestellt. An seinem Fallbeispiel zeigt sich exemplarisch die Tendenz, dass eine Diskussion problematischer Arbeitsbedingungen im Zuge der Eingliederung gesundheitlich eingeschränkter Beschäftigter wenig Raum erhält (Voswinkel 2017c; Nadai et al. 2019). Der Vorgesetzte problematisiert den Personalmangel und das hohe Arbeitsvolumen zwar gegenüber der nächsthöheren Managementebene, bleibt damit aber erfolglos.

5.4.2 Krankheit als „Verhaltensmuster“ – Übergänge zu Disziplinarmaßnahmen

Nicht alle Beschäftigten bemühen sich im selben Maß wie Simon Rohner darum, den durch ihren Arbeitsausfall und die durchgeführten Wiedereingliederungsmaßnahmen verursachten Mehraufwand und die Unterbrechungen betrieblicher Abläufe so gering wie möglich zu halten. Wenn betriebliche Akteure zum Eindruck gelangen, dass sich erkrankte Beschäftigte nicht genug um ihre Genesung und Wiedereingliederung bemühen und damit die Erwartungen der legitimen Krankenrolle nicht erfüllen (Parsons 1952; vgl. auch Abschn. 6.1.1), kann es dazu kommen, dass sie nicht mehr die Krankheit, sondern deren Verhalten in den Vordergrund ihres Handelns stellen. Nach Rita Schlegl, BGM-Mitarbeiterin bei der *Celestia,* gilt es für die Betriebe, den „guten Menschenverstand“ spielen zu lassen, um das richtige Maß zu finden zwischen ausreichender Zeit für die Genesung und der legitimen Nutzung der wiederkehrenden Ressourcen der Arbeitskraft. Die Situation, dass sich erkrankte Beschäftigte mehr Zeit für den Wiedereinstieg nehmen als aufgrund ihrer Krankheitssymptome angebracht scheint, beschreibt sie folgendermaßen:

> Und handkehrum aber auch ... mal sagen, ... es geht nicht vorwärts. Ich muss glaub mal mit deinem Arzt schauen. Oder kann ich mal mit deinem Arzt reden, darf ich mal vorbeikommen, ich habe das Gefühl, irgendetwas bremst euch, WAS bremst euch. Also ... und dann ist es aber immer noch Krankheit, aber es hat auch ein Verhaltensmuster drin.

Das Zitat bringt den Auftrag des BGM zum Ausdruck, sicherzustellen, dass die Beschäftigten sich nicht länger krankschreiben lassen als medizinisch nötig ist und die Lohnfortzahlungen des Unternehmens nicht ungebührlich beanspruchen. Rita Schlegl spricht für diesen Fall metaphorisch von etwas, das den Wiedereingliederungsvorgang „bremse". In solchen Situationen schlägt sie vor, Kontakt zum behandelnden Arzt aufzunehmen und die tatsächliche Arbeitsfähigkeit der Betroffenen direkt mit diesem zu verhandeln. „Gebremst" scheint ihr dann nicht nur die Krankgeschriebene, sondern auch die Ärztin, der sie unterstellt, den Prozess des Wiedereinstiegs langsamer anzugehen als nötig. In einem solchen Fall steht aus der BGM-Perspektive die „Krankheit" zwar noch im Vordergrund, es zeichnet sich darin aber ein problematisches „Verhaltensmuster" ab. Sie beschreibt damit die Situation einer Krankenrolle, die ungerechtfertigt in Anspruch genommen wird. Aufgrund der Verbindlichkeit des ärztlichen Attests ist sie als Vertreterin des Arbeitgebers daran gebunden, das Problem unter dem Vorzeichen der Krankheit zu behandeln.[8] Zugleich ist absehbar, dass sie das Register der Problembehandlung ändern wird, sobald die Arbeitsunfähigkeit aufgehoben wird.

Die BGM-Leiterin Gabriela Esslinger hält klare Verhaltenserwartungen fest, die kranke Beschäftigte erfüllen müssen:

> wenn du bei der *Celestia* bist und du krank bist, heißt das nicht, dass du zwei Jahre versorgt bist und dass du nichts machen musst. Sondern ... wir haben eine Fürsorgepflicht, als Arbeitgeber, aber der Mitarbeiter hat eine Mitwirkungspflicht. Und wenn er diese Mitwirkungspflicht mit Füssen tritt, dann gehen wir auch in eine Kündigungsrunde hinein. [...] wenn wir den Psychiater nicht an den Tisch bringen, der Mitarbeiter auch nicht will, wir vielleicht schriftlich noch Danke sagen müssen, dass wir jeden Monat einmal ein Arztzeugnis haben und sonst aus den Augen aus dem Sinn, dann muss ich sagen, SORRY, dann hören wir aber AUCH auf. Auch wenn wir vielleicht

---

[8] Die *legale* Verbindlichkeit reicht hier allerdings nicht sehr weit: Krankgeschriebene geniessen in der Schweiz nur einen leicht verlängerten Kündigungsschutz. Je nach Dienstalter beträgt die Sperrfrist für eine Kündigung zwischen 30 und 180 Tagen. Eine Kündigung nach Ablaufen dieser Sperrfrist erfolgt in den drei untersuchten Unternehmen jedoch nur, wenn den Krankgeschriebenen ein offensichtliches Fehlverhalten zugeschrieben wird – und ansonsten erst nach dem Auslaufen der Lohnfortzahlungsfrist nach einem bis zwei Jahren.

> ein gewisses Risiko hätten, dass wir unter Gerichtssituationen dann halt drei Monate nachzahlen müssen

Wie die Zitate zeigen, können sich insbesondere Fälle von Beschäftigten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung ausfallen, in den Augen der BGM-Verantwortliche in Fälle verwandeln, in denen nicht mehr die Krankheit, sondern das unkooperative Verhalten im Vordergrund steht. Zwar erhalten Langzeiterkrankte in der *Celestia* und der *Komfortia* Lohnfortzahlungen über zwei Jahre, während derer versucht wird, eine Wiedereingliederung zu erreichen. Ob dies gewährt wird, hängt jedoch von der Kooperationsbereitschaft der Betroffenen ab. In der Formulierung, dass man den Psychiater „nicht an den Tisch bringt", klingt die Klage an, Ärzte seien unkooperativ und behandelten die Arbeitgeber als die „Bösen". Wenn es um den Vorwurf unkooperativen Verhaltens von Beschäftigten geht, sowie um die Frage, ob eine Kündigung möglich ist, kommt das BGM mit Bereichen des Personalmanagements in Berührung, die explizit auf Kontrolle und Sanktionierung ausgerichtet sind. Dabei handelt es sich um einen aus der Sicht des Personalmanagements heiklen Bereich, weil man, wie Gabriela Esslinger andeutet, Gerichtsfälle vermeiden und so gut wie möglich verhindern will, dass man als Arbeitgeber rechtlich belangt werden kann (vgl. Kap. 9).

5.5 Zusammenfassung und Überblick über die folgenden Kapitel

Der Prozess der Wiedereingliederung ist durch zwei zentrale Koordinationserfordernisse charakterisiert: *erstens* die fortwährende Aushandlung und Neubestimmung des eingeschränkten Arbeitsvermögens und *zweitens* die Entscheidung über Maßnahmen der Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung bzw. Kündigung des Arbeitsverhältnisses. Die Akteurinnen beteiligen sich daran auf unterschiedliche Weise – entsprechend ihren institutionellen Handlungsspielräumen, sowie ihrer unterschiedlichen Definitionsmacht. Sie verfolgen akteurspezifische Anliegen, die wiederum von organisationalen Bedingungen, Leistungsnormen und Wertkriterien mitgeprägt sind.

Ausgangspunkt für die betriebliche Problematisierung gesundheitlicher Beschwerden kann eine medizinische Krankheitsdiagnose sein oder die Feststellung einer Abweichung von den geltenden Leistungsnormen (Hassler 2021, S. 117 ff.). In der vorliegenden Studie sind diese beiden Momente oftmals verknüpft: So kann eine subjektiv wahrgenommene Leistungseinschränkung zum Anlass werden, ein Gesundheitsproblem medizinisch objektivieren zu lassen. Ob

und wie rasch es zur Krankschreibung kommt hängt von der Wahrnehmung und Selbsteinschätzung der Betroffenen ab, sowie davon, in welchem Ausmaß sie ihre Symptome als einschränkend erleben. Dies wird wiederum dadurch beeinflusst, welche Möglichkeiten zur Bewältigung von Krankheitssymptomen die Arbeitsorganisation bietet. Die Arbeitsbedingungen und der durch sie gewährte Spielraum, die Effekte von Krankheitssymptomen unter Kontrolle zu behalten, spielen insofern eine entscheidende Rolle für den Prozess der Offenlegung und Problematisierung gesundheitlicher Beschwerden im Betrieb. Kommt es zu einer Krankschreibung, wirken die Zugzwänge der Offenlegung: trotz fehlender gesetzlicher Verpflichtung besteht von Seiten der Arbeitgeberinnen die moralische Erwartung, über die Diagnose informiert zu werden, die hinter dem Arbeitsausfall steht. Dadurch wird der Spielraum zum Stigma-Management (Goffman 2012[1967]) für die Betroffenen eingeschränkt. Manche Betroffene antizipieren diese Zugzwänge zur Offenlegung bereits vor der Krankschreibung und zögern diese deshalb so lange wie möglich hinaus.

Die Definitionshoheit über Arbeitsunfähigkeit ist gesetzlich geregelt: sie liegt bei den Ärztinnen. An den Status der Arbeitsunfähigkeit sind gesetzliche Bestimmungen, wie ein verlängerter Kündigungsschutz und Lohnfortzahlungen gekoppelt, sowie der betrieblich geregelte Anspruch auf Wiedereingliederungsmaßnahmen. Durch die Festlegung einer Arbeitsunfähigkeit wird für eine begrenzte Zeit ein Rahmen aufgespannt, in dem die betroffenen Beschäftigten nicht an den üblichen Kriterien der Leistungserbringung gemessen werden. Die Arbeitsunfähigkeit bleibt aber trotz der ärztlichen Objektivierung Gegenstand einer kontinuierlichen Überprüfung und Aushandlung. Damit sie den Arbeitsausfall als legitim akzeptieren, braucht es aus der Sicht von Vorgesetzten und HR-Verantwortlichen weitere Indizien, die darauf hindeuten, dass der Arbeitsausfall auf berechtigte Ursachen zurückzuführen ist. Gerade bei Depressionen, die für das Umfeld nicht an eindeutigen Symptomen erkennbar sind und die aufgrund der subjektiven Selbstwahrnehmung der Betroffenen diagnostiziert werden, hegen betriebliche Akteurinnen eine gewisse Skepsis. Zur Rolle der BGM-Verantwortlichen gehört das Einholen von Informationen über die Diagnosen und den Zustand der Erkrankten. In manchen Fällen nehmen sie mit den behandelnden Ärzten Kontakt auf, um zu prüfen, ob die Teilarbeitsfähigkeit für bestimmte Tätigkeiten nicht erhöht werden kann.

Zum Prozess der „Plausibilisierung" des eingeschränkten Arbeitsvermögens gehört die Ausarbeitung von Erklärungen, wie es zur Erkrankung kam. Die Entwicklung einer Geschichte, die ihre Erkrankung für andere nachvollziehbar werden lässt, ist für die Betroffenen Teil ihrer Identitätsarbeit infolge der Verunsicherung durch die Erkrankung. Erklärungen über die vermuteten Ursachen

der Erkrankung spielen darüber hinaus für die Begründung, dass bestimmte Wiedereingliederungsmaßnahmen nötig und aussichtsreich sind, eine wichtige Rolle. Ihre Ausarbeitung ist deshalb auch aus der Sicht von BGM-Verantwortlichen und Vorgesetzten ein zentraler Aspekt der Eingliederungsarbeit – der alltäglichen Operationen also, die Akteurinnen vollziehen, damit eine Wiedereingliederung erfolgen kann. BGM-Verantwortliche regen Beschäftigte im Prozess der Begleitung aktiv dazu an, über die „Ursachen" ihrer Erkrankung und Leistungseinschränkung nachzudenken.

Die Hinterfragung der Legitimität eines Leistungsausfalls ist darüber hinaus in der institutionellen Struktur der betrieblichen Bearbeitung von Krankheitsfällen verankert: Das Format des Absenzenmanagements hält die Dauer eines Arbeitsausfalles fest und erzeugt ab einer kritischen Abwesenheitsdauer systematischen Handlungsbedarf, die Gründe einer Abwesenheit zu überprüfen. Die Hinterfragung von Arbeitsunfähigkeit wird darüber hinaus durch die Formate der Arbeitsplanung mitgeprägt: Wenn keine Möglichkeit besteht, für die ausgefallenen Beschäftigten vorübergehend einen Ersatz zu rekrutieren oder die laufenden Arbeiten an den verringerten Personalbestand anzupassen, führt dies für die verbleibenden Arbeitskräfte zu erhöhtem Arbeitsdruck. Dadurch steigt der implizite oder explizite Druck auf die Betroffenen, so rasch wie möglich an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Darüber hinaus kommt es darauf an, wie sehr der Ausfall von den Betroffenen selbst als ein persönliches Versagen erlebt wird, das es schnellstmöglich zu korrigieren gilt. Für diese Wahrnehmung spielen wiederum die an einem Arbeitsplatz geltenden Leistungsmaßstäbe und Bewertungskriterien eine Rolle.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Definition einer Einschränkung des Arbeitsvermögens im Betrieb Fragen nach der *Echtheit der Erkrankung,* sowie nach der *Angemessenheit der Krankschreibung* und der getroffenen *Maßnahmen zur weiteren Beschäftigung* aufwirft. Damit verbunden sind *Fragen der Gerechtigkeit,* deren Bearbeitung, so die These der vorliegenden Studie, ein wesentliches Handlungsproblem im Prozess der Wiedereingliederung darstellt. Einschränkungen des Arbeitsvermögens und Maßnahmen der Wiedereingliederung werden zum Teil explizit begründet und gerechtfertigt. Kap. 6 widmet sich der im Rahmen der Eingliederung zu leistenden *Rechtfertigungsarbeit* und geht vertieft auf die Kriterien und Rechtfertigungsmuster ein, nach denen die betrieblichen Akteure das eingeschränkte Arbeitsvermögen sowie die Notwendigkeit von Wiedereingliederungsmaßnahmen begründen. Von Belang für die Wiedereingliederung ist auch, dass Akteurinnen den Rechtfertigungsbedarf gewisser

Maßnahmen antizipieren und versuchen, diesen so gering wie möglich zu halten. Es lassen sich im Datenmaterial Handlungsstrategien ausmachen, die auf die Minimierung des Rechtfertigungsbedarfs abzielen.

Der Rechtfertigungsbedarf, den Wiedereingliederungsmaßnahmen erzeugen, hängt von den betriebs- bzw. bereichsüblichen Bedingungen der Leistungserbringung und den Regeln der Anerkennung von Arbeitsleistung ab. Dafür spielt die Arbeitsorganisation eine entscheidende Rolle. Je nach dem vorherrschenden Arbeitsdruck, den üblichen Arbeitsweisen, -verhältnissen und Leistungsstandards werden unterschiedliche Erwartungen an die nach einer Krankheit zurückkehrenden Mitarbeitenden gerichtet. Maßnahmen zur Reintegration stellen in der Regel Abweichungen von den üblichen Leistungsvorgaben und Arbeitsweisen dar und können je nach Perspektive eine Störung der geltenden Vorstellungen von Gerechtigkeit bedeuten. Diese Problematik gilt es Hinblick auf die Wiedereingliederung zu berücksichtigen. Die Formen der Arbeitsorganisation wirken sich darüber hinaus auf die organisatorische Umsetzbarkeit von Wiedereingliederungsmaßnahmen aus. Auf die *Bedeutung der Arbeitsorganisation für die Eingliederung* geht Kap. 7 vertieft ein.

Eine Zuschreibung psychischer Gesundheitsprobleme kann auch jenseits einer ärztlichen Krankschreibung erfolgen, wie ein paar Fälle im Datenmaterial belegen. Kap. 8 befasst sich mit der Zuschreibung einer *Krankheit ohne Krankschreibung* und geht der Frage nach, wie diese mit gesellschaftlichen und betrieblichen Diskursen zu psychischen Erkrankungen zusammenhängt.

Auch aus Arbeitgebersicht sind die Entscheidungen über Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung rechtfertigungsbedürftig. Sie sind mit dem Dilemma behaftet, moralischen und gesellschaftlichen Bewertungen einer fairen Behandlung zu genügen und gleichzeitig durch Krankheit entstehende betriebliche Kosten geringzuhalten. In diesem Zwiespalt befinden sich die BGM-Verantwortlichen, die sich in dem Maß für die Betroffenen einsetzen können, in dem dies mit den Interessen von deren Linienvorgesetzten vereinbar ist. Die Devise lautet in allen drei Unternehmen, dass eine Wiedereingliederung in jedem Fall versucht wird, aber vom Verhalten der Betroffenen abhängig gemacht wird. Die organisatorische Nähe des BGM zu anderen Personalmanagementverfahren mit sanktionierendem Charakter erleichtert den Wechsel des Registers der Beurteilung. Moralische Gesichtspunkte werden über die durch das Personalmanagement festgelegten normativen Standards für arbeitgeberseitige Kündigungen in Rechnung gestellt: sie stellen ein Raster von Gesprächen und durchzuführenden Bewährungsproben dar, zu dessen Berücksichtigung Vorgesetzte bei einer Kündigung angehalten werden. Wenn Krankheit als benachteiligender Faktor

berücksichtigt ist und bewiesen werden kann, das von der Seite des Unternehmens Bemühungen unternommen wurden, dann wird eine Kündigung als vertretbar angesehen. Auf die betrieblichen Strategien zur *Herstellung „fairer“ Personalmaßnahmen* geht Kap. 9 detaillierter ein.

In der Mehrheit der Fälle des Samples entsprach es dem Wunsch der Betroffenen, zu den gleichen Bedingungen an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren. Nur in wenigen Fällen nahmen sie ihre psychischen Leiden als Anlass, Kritik an der Arbeitsorganisation zu üben. Kap. 10 beschäftigt sich mit den unterschiedlichen Formen, wie eine psychische *Krankheit zum Ausgangspunkt von Kritik* am Unternehmen werden kann.

6 Eingliederung und Rechtfertigungsarbeit

An den Schilderungen der Interviewten wird deutlich, dass Eingliederungsarbeit – zumindest zu einem gewissen Anteil – *Rechtfertigungsarbeit* bedeutet. Diese wird einerseits durch das Argumentieren und Begründen in Aushandlungssituationen geleistet, andererseits durch das Vorwegnehmen von Rechtfertigungsbedarf und die Orientierung an den dominierenden Rechtfertigungslogiken durch ein an sie angepasstes Verhalten. Den Begriff der *„Arbeit"* verwende ich hier im breiten Sinn, wie ihn Thomas Luckmann (2002, S. 99) als Grundkategorie der „sozialen Konstruktion und Destruktion von Wirklichkeit" bestimmt hat. Arbeit ist also jede Form des Handelns, die auf eine bestimmte Wirkung in der (sozialen) Umwelt ausgerichtet ist. Zudem betont der Begriff der Arbeit den Aufwand, den Akteurinnen betreiben müssen, um das Ziel – eine Eingliederung als legitim erscheinen zu lassen – zu erreichen.

Nach dem von Boltanski und Thévenot (2007[1991]) entwickelten Modell des *Rechtfertigungshandelns* müssen Akteurinnen sich auf Prinzipien mit dem Anspruch auf Allgemeingültigkeit berufen, um ihre Argumente als gerecht und angemessen erscheinen zu lassen. Dazu beziehen sie sich auf kollektive *Rechtfertigungsordnungen,* also Konventionen. Je nach Konvention erfordert das „Bemühen um Verallgemeinerung" eine spezifische Art von „Beweisstücken" und „Stimmigkeit ihrer Verknüpfung" (Boltanski und Thévenot 2007, S. 20). Der Erfolg des Rechtfertigungshandelns hängt von „Arrangements" ab, die die Objekte (Beweisstücke) mit Allgemeinheit ausstatten.

In der Beurteilung von Beschäftigten mit psychischen Gesundheitsproblemen ziehen Akteurinnen eine Pluralität an Kriterien heran, um getroffene Maßnahmen zur Reintegration zu rechtfertigen. Explizite Rechtfertigungen werden in den Interviews insbesondere von Vorgesetzten formuliert. Manche Fallerzählungen von Vorgesetzen nehmen sich als ausgeprägte Rechtfertigungserzählungen

A. Gonon, *Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit*, Soziologie der Konventionen,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41117-6_6

aus, d. h. sie scheinen in ihrem Aufbau und ihrer Argumentation darauf ausgelegt, dass die schlussendlich getroffenen Wiedereingliederungsentscheidungen nachvollziehbar und angemessen erscheinen. Anhand der Fallerzählungen von Betriebsärzten argumentiert Dodier (1993, S. 44), dass in ihnen die Konventionen sichtbar werden, nach denen die Erzählenden den Fall einer erkrankten Beschäftigten beurteilen. Analog gehe ich in dieser Studie davon aus, dass sich die im Betrieb gängigen Kriterien, nach denen die Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit und Entscheidungen bezüglich Weiterbeschäftigung gerechtfertigt werden, anhand der retrospektiven Fallerzählungen verschiedener betrieblicher Akteurinnen rekonstruieren lassen.

Im Datenmaterial zeigt sich, dass verschiedene in einen Fall involvierte Akteure oft dieselben Rechtfertigungen vorbringen. Inhaltlich beziehen sie sich sowohl auf die *Qualität* von Personalmaßnahmen als auch auf die *Qualitäten* der betroffenen Beschäftigten. Zur Begründung für die Angemessenheit von Maßnahmen verweisen die Akteurinnen unter anderem auf die in Abschn. 5.3.3 thematisierten Erklärungen über Ursachen, wie es zu einer Erkrankung kam. Auch in den Schilderungen von Beschäftigten zeigen sich spezifische Rechtfertigungsmuster. Zum einen formulieren auch sie explizite Rechtfertigungen, warum ihre Wiedereingliederung angemessen war, zum anderen zeigt sich, dass sie sich in ihrem Verhalten und ihrer Selbstpräsentation an den Kriterien der Bewertung ausrichten, die in den Interviews mit ihren Vorgesetzten und BGM-Verantwortlichen deutlich werden (vgl. Abschn. 6.1.2). So erwähnen sie Handlungen, mit denen sie die Beurteilung ihres Falls positiv beeinflussten. Im Umkehrschluss ergeben sich aus den im Betrieb gängigen Rechtfertigungslogiken in Bezug auf die weitere Beschäftigung und Wiedereingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter Erfordernisse an das Verhalten der Betroffenen, die sie erfüllen müssen, um sich vorteilhaft zu positionieren, sofern sie eine Wiedereingliederung im Unternehmen wünschen.

Die empirisch vorgefundenen Kriterien der Beurteilung betreffen primär das Verhalten der Betroffenen, sowie ihre guten Beziehungen zum Arbeitgeber (Abschn. 6.1) und ihre Arbeitsleistung (Abschn. 6.2). Diese Kriterien lassen sich, wie ich im Anschluss an die Präsentation des Materials und der empirisch begründeten Kategorien argumentieren werde, mit den Konventionen des Hauses, der Industrie, sowie des Marktes in Verbindung bringen.

6.1 Verhalten und Beziehungen

6.1.1 Betriebliche Krankenrolle: Genesungs- und Arbeitswille

Die Kriterien, nach denen Akteure im Betrieb die Wiedereingliederung und weitere Beschäftigung von erkrankten Mitarbeitenden rechtfertigen, treten besonders deutlich hervor, wenn Führungskräfte oder BGM-Verantwortliche Fälle als außergewöhnlich positive oder negative Verläufe schildern. Einen „mustergültigen" Verlauf beschreibt nach eigener Formulierung der Vorgesetzte Hans Schmid. Auf die im Interview gestellte Frage, wie es zur Krankschreibung einer Mitarbeiterin kam, antwortet er zunächst mit einer Beschreibung der Betroffenen, aus der ihre *Qualitäten als Arbeiterin* hervorgehen:

> Ja bei ihr ist es eigentlich sehr ... sehr interessant, oder respektive, ja es ist ja eigentlich, aus dem Nichts heraus ist es gekommen, ich habe sie als sehr eine ... sehr eine aufgestellte, eine junge aufgestellte Person kennengelernt, als sie hierhin gekommen ist und die hat das, ja, man hat eigentlich nie irgendetwas gemerkt, dass etwas nicht so wäre, also sie hat den Job super erledigt und ist sehr flexibel gewesen, man hat sie an allen Orten rein ... reingeben können, und so weiter und ... sie hat auch nie einmal zu mir gesagt, ja, nein, das mache, mache ich jetzt nicht oder irgend so etwas, sondern sie ist eigentlich äußerlich … hat man auch das Gefühl gehabt, es ist ihr immer wohl gewesen

Hans Schmid beschreibt den generellen Eindruck, den die Betroffene als Arbeiterin auf ihn gemacht hat. Dieser Eindruck scheint ein wichtiger Hintergrund zu sein, vor dem er sich einen Reim auf die Krankschreibung und den mehrmonatigen Arbeitsausfall macht. Dass er diese Beschreibungen der Schilderung des Fallverlaufs vorausschickt, lässt darauf schließen, dass es sich dabei um Rahmenbedingungen handelt, unter deren Blickwinkel er ihren Fall verstanden haben will. Hans Schmid erwähnt, dass die Erkrankung für ihn „aus dem Nichts" kam – es also keine problematische Vorgeschichte gab. Zudem hebt er den positiven Gemütszustand der Betroffenen hervor: sie war „aufgestellt" und man hatte das Gefühl, es sei ihr „immer wohl gewesen". Nichts deutete auf eine Depression hin. Zudem lässt sich aus diesen Emotionen ableiten, dass sie grundsätzlich positiv zur Arbeit und zum Unternehmen eingestellt war. Darüber hinaus erwähnt Hans Schmid seine Zufriedenheit mit ihrer Arbeitsleistung und lobt ihre Bereitschaft, verschiedene Aufgaben zu übernehmen. Damit zeichnet er das Porträt einer fast schon idealen Arbeiterin. Dieses Bild steht in einem starken Kontrast zu einer während der Datenerhebung im Personalmanagement des *Industriebetriebs*

laufenden Diskussion über die Problematik einer überalterten und tendenziell überforderten Belegschaft. Man habe unter den ungelernten Produktionsmitarbeitenden viele, die „psychisch labil“ seien und die man nicht genug flexibel einsetzen könne, erklärten verschiedene betriebliche Akteure, u. a. im Rahmen der BGM-Sitzung, bei der ich teilnehmend beobachten konnte (vgl. Kap. 8). Mit der zitierten Charakterisierung grenzt Hans Schmid seine Mitarbeiterin klar von dieser Problemkategorie ab. Er betont ihren vorbildlichen Charakter auch an weiteren Stellen im Interview, indem er wiederholt auf ihren ausgeprägten *Arbeitswillen* und damit verbunden, ihren Willen, sich möglichst rasch von der Krankheit zu erholen, verweist:

> für mich schon so ein bisschen ein mustergültiger Verlauf, den sie jetzt gemacht hat. Oder, sie hat immer gewollt, von Anfang an, sie hat immer gesagt, ich will mir helfen lassen, ich will das, und hoffentlich finde ich jemand Gutes, der mir helfen kann, ... ich bin noch so jung, ich will noch arbeiten können, ich muss noch viele Jahre arbeiten und so, das hat sie IMMER gesagt, sie hat die Hilfe immer angenommen, sie hat nie ... sie hat nie die Hilfe abgelehnt

Damit grenzt Hans Schmid die Mitarbeiterin von einem weiteren Negativklischee ab: von der Unterstellung, Betroffene könnten ihre Krankheit als Vorwand nutzen, sich vor der allgemeinen Arbeitspflicht zu drücken und es stattdessen auf Sozialleistungen abgesehen haben. Seine Mitarbeiterin habe beteuert, sie *wolle* und *müsse* noch etliche Jahre arbeiten. Neben dem *Arbeitswillen* der Erkrankten hebt er außerdem ihren Willen, „Hilfe“ anzunehmen, als positiv hervor, was konkret heißt, eine Therapie zu machen und Medikamente einzunehmen. Damit ist die *Kooperation* der Betroffenen in der Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit angesprochen. Ihr Arbeitswille ist, in anderen Worten, so ausgeprägt, dass sie sich aktiv darum bemüht, wieder gesund zu werden, um wieder arbeiten zu können. Der Vorgesetzte idealisiert also die Betroffene in dieser Darstellung als vorbildliche Arbeiterin und vorbildliche Kranke.

In dieser Konstruktion eines „mustergültigen“ Verlaufs durch den Vorgesetzten sind Erwartungen enthalten, die Talcott Parsons als Teil der *Krankenrolle* beschrieben hat. Parsons versteht Krankheit als eine Form von Devianz und beschreibt die Krankenrolle – ein Set institutionalisierter Erwartungen, entsprechender Gefühle und Sanktionen – als einen Mechanismus sozialer Kontrolle (Parsons 1952, S. 436 ff., 477). Die Krankenrolle gesteht den Kranken auf der einen Seite spezielle Privilegien zu, knüpft diese aber auf der anderen Seite an das Erfüllen von Verhaltenserwartungen. Kranke werden von ihren üblichen Verpflichtungen und Verantwortungen, an erster Stelle der Arbeitspflicht, befreit und ihre Krankheit wird als unverschuldet betrachtet. Im Gegenzug wird von Kranken

erwartet, dass sie so rasch wie möglich gesund werden wollen und ihren Zustand nicht dazu ausnutzen, sich ihren Verpflichtungen länger als nötig zu entziehen. Zudem wird erwartet, dass sie medizinische Hilfe in Anspruch nehmen und alle Behandlungen akzeptieren, die als förderlich für ihre Genesung gelten. Die Gültigkeit einer solchen Krankenrolle wurde von vielen Seiten in Frage gestellt: so werden tabuisierte Erkrankungen, also z. B. psychische Krankheiten, nicht in jedem Fall als unverschuldet angesehen. Für chronisch Kranke trifft zudem die Befreiung von alltäglichen Verpflichtungen nur begrenzt zu (Levine und Kozloff 1978, S. 236; Freidson 1970, S. 326). Außerdem bestehen Zweifel daran, ob Kranksein in der heutigen Arbeitswelt noch mit den genannten Privilegien verbunden ist, weil im Zuge der Entgrenzung von Arbeit, durch flexibilisierte Arbeitszeiten und unter gesteigertem Leistungsdruck Schonzeiten und -räume wegfallen und weil mit dem Aufkommen von Gesundheitsprävention die Verantwortung für Gesund- bzw. Kranksein tendenziell dem Individuum zugeschrieben wird (Voswinkel 2017b, S. 98 ff.).

Obwohl diese Einwände berechtigt sind, gilt für Beschäftigte, *die sich krankschreiben lassen,* dass sie – zumindest zu einem gewissen Ausmaß und vorübergehend – von der Arbeitspflicht befreit werden. Dieses Privileg ist durch den rechtlichen Status, den eine ärztliche Krankschreibung verleiht, gesichert und darüber hinaus in den drei Unternehmen durch die betriebliche Sozialleistung der freiwilligen Lohnfortzahlung verankert. Bezüglich der Erwartungen, die an Kranke gerichtet werden, ist für die drei untersuchten Unternehmen festzuhalten, dass diese über die Erwartungen nach Parsons' Konzeptualisierung sogar noch hinausgehen. Von Krankgeschriebenen wird nicht nur erwartet, dass sie im Hinblick auf ihre schnellstmögliche Genesung kooperieren, sondern auch, dass sie sich bemüht zeigen, rasch ihr früheres Arbeitspensum wieder zu bewältigen und die Unannehmlichkeiten für den Betrieb so gering wie möglich ausfallen zu lassen. Die Erwartungen, die diese *betriebliche* Krankenrolle umfasst, werden in den Formulierungen von Vorgesetzten und BGM-Verantwortlichen sichtbar, in denen sie das Verhalten von Erkrankten loben oder kritisieren. Zu den Erwartungen an erkrankte Beschäftigte gehört das Aufrechterhalten des Kontakts zum Betrieb während der Zeit der Krankschreibung, sowie diesen regelmäßig mit Informationen über den Gesundheitszustand zu versorgen. Eine BGM-Verantwortliche der *Celestia* berichtet über eine Sachbearbeiterin:

> also sie ist ja dann in die Klinik gekommen und ich habe dann mit ihren Ärzten Kontakt gehabt und habe gesagt, schau, sobald du weißt, wann du wieder zurückkommst, und sie hat UNS immer informiert, also das hat sie IMMER gemacht und der Vorgesetzte ist auch immer sehr gut im Austausch gewesen mit ihr

Beschäftigte, die während ihrer Abwesenheit über den Krankheitsverlauf und die Prognosen informieren, gelten als kooperativ, weil sie ihren Vorgesetzten die Personalplanung erleichtern. Wenn sie jedoch während der Zeit der Krankschreibung den Kontakt abbrechen, kann dies als Anzeichen mangelnder Kooperation gedeutet werden. Eine Vorgesetzte der *Komfortia,* Gerda Rensch, erinnert sich an ihren Mitarbeiter Ugo Mantovani:

> ich habe keinen Kontakt mehr aufnehmen können zu ihm, oder, er hat wie abgeblockt, zugemacht, hat keinen Kontakt mehr zugelassen und das ist also so weit gegangen, mit der Nicole Wagner[1] zusammen, dass wir ihm dann quasi nach vier Wochen, in denen wir keinen Kontakt mehr mit ihm gehabt haben, einen eingeschriebenen Brief geschickt haben und gesagt haben, also entweder meldest du dich jetzt oder du bist entlassen. Also das ist ein bisschen heftig, das weiß ich, ... aber grundsätzlich haben Leute, die krank sind, auch gewisse Pflichten und zu ihren Pflichten gehört auch, dass sie sich beim Vorgesetzten melden, sodass ich eben auch planen kann und das ist bei ihm nicht mehr passiert, und ich habe probiert mit ihm Kontakt aufzunehmen, und ... er hat mich abgeblockt. Und das hat dann einfach dazu geführt, dass wir gesagt haben, hey, also entweder meldest du dich jetzt, hast du Interesse an uns oder du meldest dich nicht mehr, aber dann ist für uns ... gerade sofort beendet, oder.

Das Nichterfüllen der *Pflichten* als kranker Beschäftigter wird in diesem Fall mit dem Entzug des Privilegs des informellen Kündigungsschutzes, konkret: mit der Androhung einer Entlassung, sanktioniert. Das *Aufrechterhalten des Kontakts zu Vorgesetzten oder anderen betrieblichen Akteuren* gilt nicht nur als Zeichen für Kooperation, sondern auch als Signal, dass die Betroffenen die Beziehung zum Unternehmen aufrechterhalten wollen. Der Leiter einer Versicherungsagentur erzählt von einer Mitarbeiterin:

> es ist auch in dieser Phase drin, als sie arbeitsunfähig gewesen ist, ist sie auch trotzdem ans Jahresessen gekommen, also sie hat den Kontakt schon gepflegt, und ... ich glaube, emotional, sie ist identifiziert mit der Firma, es ist nicht der Druck, *Komfortia* und ich will hier nicht mehr.

Der Vorgesetzte interpretiert die Teilnahme am Firmenanlass als Indiz, dass sie sich weiterhin mit dem Unternehmen verbunden fühlt. Daraus leitet er ab, dass ihre Krankheit nichts mit einer möglichen Ablehnung ihrer Arbeitsstelle zu tun haben kann. Positiv konnotiert ist zudem, wenn erkrankte Beschäftigte bei ihrer Rückkehr offen über ihre Krankheit sprechen. BGM-Verantwortliche heben außerdem das erkennbare *Bemühen, möglichst schnell wieder arbeiten zu*

[1] Zuständige BGM-Verantwortliche.

kommen, als positiv hervor. Eine BGM-Verantwortliche lobt das Verhalten der Sachbearbeiterin Hannah Bachmann:

> sie ist doch auch jemand gewesen, den ich immer mal wieder habe stoppen müssen, ich will DAS noch machen, und JENES, und ich, jetzt wirst du einfach zuerst einmal GESUND. Oder, jetzt schaust du dir einfach zuerst einmal selbst, also sie ist schon jemand gewesen, den ich immer mal habe ... BREMSEN müssen. Wo auch die Ärztin ihres geleistet hat und gesagt hat, nein, Frau Bachmann, jetzt warten wir noch ... einen Monat, wo Hannah doch immer, immer noch gewollt hat.

Das Bemühen um einen raschen Wiedereinstieg wird von der BGM-Verantwortlichen als so stark wahrgenommen, dass sie die erkrankte Mitarbeiterin darin „bremsen" und sie an ihre primäre Pflicht, das Gesundwerden, erinnern musste. Auch wenn sie dieses Verhalten als riskant bezüglich eines möglichen Rückfalls beurteilt, wertet sie es als positives Signal, weil sich darin zeigt, wie sehr die betroffene Mitarbeiterin an ihre Stelle im Betrieb zurückkehren will. Als positives Zeichen erwähnen einige Vorgesetzte auch den *emotionalen Ausdruck* der Betroffenen beim Wiedereinstig oder nach der Wiedereingliederung. Hans Schmid berichtet von der gelungenen Wiedereingliederung einer Mitarbeiterin:

> Sie ist eigentlich, man merkt ihr nichts an und ich habe sie einmal gefragt am Mitarbeitergespräch, ob sie ... noch Medikamente nehmen müsse ... und sie ... mir hat sie gesagt, nicht. Und es sei eigentlich alles gut, und sie sei glücklich, sie sei zufrieden, so wie es ist.

Dass die Mitarbeiterin sagt, sie sei „glücklich", deutet darauf hin, dass sie ihre Krankheit überwunden hat und legt nahe, dass es ihr bei der Arbeit gefällt. Die Zufriedenheit der Mitarbeiterin wird im Zitat wie ein Indiz für die gelungene Wiedereingliederung ins Feld geführt. Darüber hinaus nimmt der Vorgesetzte die Aussage, dass sie keine Medikamente mehr nehmen muss, als weiteren Hinweis für ihre Genesung auf. Die Frage nach Medikamenten überhaupt zu stellen, kann als Übergriff in den privaten Bereich betrachtet werden.

Wenn Vorgesetzte den Eindruck erwähnen, Beschäftigte wirkten in ihrem Job unglücklich, kann dies umgekehrt Teil einer Begründung sein, weshalb eine Wiedereingliederung nicht gewünscht und eine weitere Beschäftigung nicht angestrebt wird. Gerda Rensch berichtet über Ugo Mantovani, dessen Arbeitsvertrag aufgelöst wurde:

> Und bei Ugo Mantovani bin ich einfach nie ganz sicher gewesen, ob diese diffusen Schmer- Beschwerden nicht doch etwas mit der Arbeitsstelle zu tun haben, dass er

> nicht so ganz glücklich ist mit der Arbeit, die er bei uns macht, oder mit dem Umfeld, ich habe es nicht einordnen können. Und weil ich, wir es nicht mehr richtig einordnen haben können und weil wir eben auch nicht ganz sicher gewesen sind, und weil die Belastung eben auch zu groß geworden ist für das Team, haben wir gesagt, jetzt ist die Auflösung vom Arbeitsvertrag.

Die Vorgesetzte deutet die Beschwerden ihres Mitarbeiters als möglichen Ausdruck eines Widerwillens gegen seine Arbeitsstelle. Sie bemerkt, dass er „nicht so ganz glücklich" gewirkt habe in seiner Arbeit. Die Frage, ob jemand in seiner Arbeit glücklich ist, erinnert an den Diskurs zur Selbstverwirklichung in der Arbeit (Honneth 2004). Ugo Mantovanis Job in der für die Bearbeitung von Schadenfällen zuständigen Abteilung der Versicherung hat einen hohen Anteil repetitiver Tätigkeiten ohne Gestaltungsspielräume. Vor diesem Hintergrund wäre es fast schon zynisch, ihm vorzuwerfen, dass er sich in seiner Arbeit nicht verwirkliche. Das Kriterium des *Glücklichseins* erscheint insofern eher als metaphorischer Ausdruck für den unterstellten fehlenden Arbeitswillen des Mitarbeiters.

Schließlich besteht eine weitere Erwartung an erkrankte Beschäftigte darin, dass sie sich gegenüber der ihnen vom Unternehmen gewährten Wiedereingliederungsangebote *dankbar und bescheiden zeigen,* also keine weitergehenden Ansprüche stellen. Der Personalchef und der Produktionsleiter des *Industriebetriebs* berichteten bei einer BGM-Sitzung vom Fall einer langjährigen Mitarbeiterin, deren Arbeitsfähigkeit nach einer psychischen Erkrankung auf 50 % festgelegt wurde. Nach der Meinung des Produktionsleiters hätte die Betroffene für die Steigerung ihrer Arbeitsfähigkeit „mehr tun" können. Der Betrieb bot ihr zur „Entlastung" eine Anpassung der Aufgaben an, die sie auch annahm. Der Personalchef kritisiert in seiner Falldarstellung, dass sie trotzdem ihre angestammte Funktion als stellvertretende Leiterin ihrer Gruppe behalten wollte. Hier sei ihm bewusst geworden, dass sie „auswähle" und dass etwas „nicht stimmt" *(Aussagen gemäß Feldnotizen).* Ein wählerisches Verhalten, das Privilegien als selbstverständlich annimmt und darüber hinaus weitere Ansprüche stellt, führt aus seiner Sicht zu einer unstimmigen Situation.

Die Erwartungen, an denen erkrankte Beschäftigte in den zitierten Fallschilderungen gemessen werden, lassen sich als Erkennbarkeit eines Arbeits- und Genesungswillens, sowie als kooperative, affirmative und dankbare Haltung gegenüber dem Betrieb zusammenfassen. Die Angemessenheit von Wiedereingliederungsbemühungen wird in den Zitaten aus dem *Willen* der Betroffenen abgeleitet: Der Produktionsleiter des *Industriebetriebs* hält in der erwähnten Sitzung fest, dass man gegenüber „schwachen" Angestellten „fair" sei, solange sie

einen „Willen“ zeigen. Die Stimmigkeit der Situation hängt also davon ab, dass sich die Beschäftigten im Hinblick auf ihre *soziale Position als kranke Angestellte* angemessen verhalten, die damit verbundenen *Pflichten* erfüllen und dass sie durch ihren *Willen* die Verbundenheit mit dem Unternehmen bekräftigen. Auf dieser Grundlage gewähren ihnen die Arbeitgeber *Privilegien,* wie die Anerkennung ihrer Befreiung von der Arbeitspflicht und spezielle Anpassungen von Aufgaben. Diese Art, die Stimmigkeit einer Situation zu beurteilen, lässt sich der häuslichen Konvention nach Boltanski und Thévenot zuordnen, der zufolge sich die „Größe“ von Personen daran bemisst, dass sie entsprechend ihrer Position in der sozialen Hierarchie ihre Pflichten wahrnehmen: die „Kleinen“ sind gegenüber den „Großen“ zu Treue verpflichtet, während diese die Verantwortung für sie tragen. „Gute Manieren“ und „Takt“ haben nach der Konvention des Hauses Konsequenzen für die berufliche Position von Angestellten (Boltanski und Thévenot 2007, S. 235). Grundlage für die Beurteilung von Personen sind persönliche Beziehungen und das Vorhandensein eines Vertrauensverhältnisses zu den Vorgesetzten, was sich in den zitierten Falldarstellungen darin zeigt, dass die Offenheit der Erkrankten, sowie ihre Bemühungen, die Beziehung zur Arbeitgeberin aufrechtzuerhalten, gelobt werden. Auch die Art der Beweisführung – ein Lob oder das Erzählen eines „mustergültigen“ Verlaufs – entspricht den Formen der häuslichen Konvention, bei der sich das Urteil auf folgende Formen der Evidenz stützt: „das *Beispiel,* de[n] Einzelfall und insbesondere die Anekdote, in der das vorbildliche Verhalten einer allgemein *geschätzten* Person festgehalten und herausgestellt wird.“ (Boltanski und Thévenot 2007, S. 243, Hervorhebungen i. O.). Im Kontext dieses Typs von Rechtfertigung weisen die Akteure, wie auch im eingangs dargestellten Fallbeispiel, typischerweise auf den Arbeitswillen der Betroffenen hin.[2]

Rechtfertigungen nach diesem Muster kamen in den Falldarstellungen in vier Fällen des Samples prominent vor. Eingliederungsmaßnahmen werden hier primär über das verdienstvolle Verhalten der Betroffenen begründet und nicht über betriebswirtschaftliche Kriterien, wie z. B. die effiziente Gestaltung des Produktionsprozesses. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die weitere Beschäftigung in diesen Fällen *ausschließlich* über die häusliche Konvention gerechtfertigt wird.

[2] Das Betonen des Arbeitswillens durch Langzeitkrankgeschriebene wird von Halvor Hanisch und Per Solvang (2019) nicht mit der häuslichen, sondern mit der industriellen Konvention in Verbindung gebracht, weil der Arbeitswille auch als Grundvoraussetzung für Produktivität gesehen werden kann. Wenn im Kontext der vorliegenden Studie der Arbeitswille betont wird, liegt der Akzent jedoch auf dem *Willen,* sich den Erwartungen des Arbeitgebers anzupassen und die Pflichten im Rahmen der hierarchischen Beschäftigungsbeziehung wahrzunehmen, weshalb ich dieses Begründungsmuster der häuslichen Konvention zuordne.

Neben dem Verweis auf das angemessene Verhalten und die Beziehung zur Firma erwähnen die Akteurinnen, wie sich in den zitierten Beispielen gezeigt hat, auch manchmal die Arbeitsleistungen der Betroffenen. Die weiter zu erwartende Arbeitsleistung ist ein wichtiges Kriterium für die Planbarkeit und Effizienz des Produktionsprozesses und lässt sich mit der industriellen Konvention in Verbindung bringen (Abschn. 6.2). Es zeigt sich also, dass im selben Fall verschiedene Konventionen als Rechtfertigung herangezogen werden und dass die Akteurinnen solche Bezüge situativ handhaben und gewichten.

6.1.2 Zumutungen für die erkrankten Beschäftigten

Die betroffenen Beschäftigten sind nicht bloß passive Objekte der Beurteilung. Einige Interviewte tragen aktiv dazu bei, dass sie im kollektiven Urteil als positiv eingestellte, arbeits- und genesungswillige Arbeitnehmende erscheinen. Sie tun dies in erster Linie, indem sie sich an Verhaltenserwartungen orientieren, die an sie gerichtet werden. Das Ausfüllen der Rolle eines „guten" kranken Beschäftigten bzw. einer gut Wiedereingegliederten kann die Anforderung beinhalten, positive Gefühle im Hinblick auf die Firma und die Arbeit zur Schau zu stellen, also Emotionsarbeit zu leisten. Die betriebliche Krankenrolle einzunehmen, entspricht nicht nur einer normativen Erwartung der Arbeitgeber, sie hat auch für die Betroffenen gewisse Vorteile. Die Definition als medizinisches Problem entkräftigt eine mögliche Interpretation der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit als Ausdruck persönlichen Versagens und entlastet die Betroffenen vom potenziellen Vorwurf, für sie mitverantwortlich zu sein.[3] Einige Interviewte verwenden zur Beschreibung ihrer persönlichen Verfassung eine objektivierende medizinische Sprache und betreiben damit die Strategie einer „Normalisierung" der Erkrankung: sie begegnen der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, indem sie sie wie jede andere behandeln (Voswinkel 2017b, S. 104).

Die Erwartungen der betrieblichen Krankenrolle zu erfüllen, ist jedoch auch mit Zumutungen verbunden. Durch ein bewusst kooperatives Verhalten tragen Betroffene zum Eindruck bei, dass sie arbeitswillig sind und sich um eine gute Beziehung zum Arbeitgeber bemühen. Dies kann zum Dilemma führen, auf Erwartungen einzugehen, die einen angesichts des gesundheitlichen Zustands

[3] Die in der Literatur festgestellte Deutung von Krankheit als Folge individuellen Fehlverhaltens und damit individuellen Verschuldens (Brunnett 2009, 2013) hat sich im Datenmaterial eher selten gezeigt.

noch überfordern. Nach Voswinkel (2017b, S. 105) fällt es besonders Depressiven schwer, die Erwartung der Krankenrolle, sich um die eigene Genesung und den Wiedereinstieg zu bemühen, zu erfüllen. Er resümiert, dass ihnen die Krankenrolle nicht dieselbe Entlastung bringt wie anderen Betroffenen. So geht es Irina Cerny, einer Mitarbeiterin des *Industriebetriebs*. Sie wurde von ihrem Vorgesetzten gebeten, während der Zeit ihrer Krankschreibung regelmäßig im Betrieb vorbeizukommen und ihr ärztliches Attest persönlich vorbeizubringen. Irina Cerny erzählt, dass dies für sie mühsam gewesen sei. Zum einen habe sie sich aufgrund ihrer Panikattacken kaum aus dem Haus getraut, zum anderen fühlte sie sich unwohl, weil sie davon ausging, dass man im Betrieb von ihrer Krankschreibung wusste, ihr aber körperlich nichts anzusehen war.

> Also es ist mir schwer gefallen, weil erstens, ich muss ALLEINE hierhin kommen, und was ist, wenn jetzt eben auf dem WEG etwas passiert? und (1) es ist einfach das, am Anfang das HIER sein. Ich habe immer das Gefühl gehabt, die im Büro und alles WISSEN, also dass ... dass ich nicht ARBEITE und wie mein Vorarbeiter gesagt hat, wenn es psychisch ist, sieht man es einem ja nicht an ... man kann es schlecht beweisen.

Auch andere Betroffene berichten, dass sie während der Zeit ihrer Krankschreibung eigentlich als übergriffig empfundene Kontaktanfragen des Unternehmens beantworteten, um als kooperativ zu erscheinen.

Um der Anforderung eines kooperativen Verhaltens zu genügen, müssen Beschäftigte außerdem den Eindruck erwecken, alle möglichen medizinischen Mittel, die ihrer raschen Genesung dienen könnten, auszuschöpfen. Aus Angst vor Stigmatisierung, wollen einige Beschäftigte jedoch keine psychotherapeutische Behandlung oder sie lehnen eine Behandlung mit Psychopharmaka ab. Versuche von Arbeitgeberinnen, ihre diesbezügliche Haltung zu beeinflussen, nehmen sie als Eingriff in ihre autonome Entscheidungssphäre wahr. Irina Cerny erinnert sich an eine Personalverantwortliche, die ihre eine medikamentöse Behandlung nahelegte:

> Sie hat mich davon überzeugen wollen, ich solle eben Tabletten nehmen, und sie kenne viele, die das machen, und ... und ich so, NEIN, ich nehme die nicht. Ich will nicht, weil ich kenne AUCH Leute, die die genommen haben und anscheinend haben sie denen ... NICHT so geholfen.

Irina Cerny beugte sich aber dann den Erwartungen der Personalverantwortlichen, zumal auch ihre Therapeutin sie zu einer medikamentösen Behandlung drängte. Sie resümiert:

> Im Nachhinein habe ich mir auch gedacht, diese Personalverantwortliche hat es ja auch nur GUT gemeint. Die hat mich ja nicht auf Medikamente setzen wollen sozusagen, ist ja trotzdem meine Entscheidung, also ja.

Nach der gelungenen Wiedereingliederung beurteilt sie das Verhalten der Personalverantwortlichen milde als gut gemeinten Versuch, ihr zu helfen. Dies entspricht ihrer grundsätzlichen Haltung, die Beziehung zum Arbeitgeber nicht mit Vorwürfen und Kritik zu belasten und sich für das Angebot zur Wiedereingliederung dankbar zu zeigen:

> Die haben auch viel Verständnis gehabt. Also es gibt Firmen, die hätten das glaub nicht lange mitgemacht. Gleich ersetzen.

Zumindest zu einem gewissen Anteil ist diese Haltung als strategisch einzuordnen, zumal sie auf einen Statuserhalt hinwirkt. Gewisse Verhaltensweisen von Beschäftigten sind klar als strategisch erkennbar, wie z. B. das gezielte Informationsmanagement im Hinblick auf die Beurteilung nach den gängigen Kriterien legitimer Krankheitsursachen. Einige Beschäftigte geben Informationen über ihre Erkrankung und ihre private Situation nur selektiv preis oder behalten sie für sich, wenn sie glauben, dass sie sich nachteilig auf ihre Beurteilung auswirken könnten. Eine Beschäftigte, die ihre Depression mit der gescheiterten Beziehung zu ihrem Ex-Freund in Verbindung bringt, erwähnt dies absichtlich nicht gegenüber ihrem Chef, weil sie davon ausgeht, dass dies von ihm negativ aufgefasst werden könnte.

6.1.3 „Lernen" aus der Krankheit

Bei einer Mehrheit der analysierten Fallverläufe handelt es sich um gelingende Wiedereingliederungen, die zu einem Teil als abgeschlossen gelten, insofern die Beschäftigten wieder zu denselben Bedingungen in ihrer angestammten Tätigkeit arbeiten. In einigen Fällen, in denen die Rechtfertigung über das vorbildliche Verhalten der Betroffenen stark ausgeprägt ist, formulieren sowohl Vorgesetzte als auch Betroffene in den Interviews eine Interpretation der Erkrankung als Lern- und Reifeprozess. In drei Fällen verweisen betriebliche Akteurinnen auf Lernschritte der Betroffenen, die ihnen durch die Krankheit ermöglicht wurden. Diese Lernschritte werden mit biografischen Entwicklungsprozessen in Verbindung gebracht. Irina Cerny und Hannah Bachmann, zwei Frauen Mitte 20, die am Anfang ihrer Berufslaufbahn stehen, berichten davon, durch die Krankheit

wichtige Entwicklungsschritte auf dem Weg zum Erwachsensein durchlaufen zu haben. Irina Cerny sagt, dass sie durch ihre Erkrankung gelernt hat, auf sich selbst zu schauen und sich nicht immer den Wünschen anderer unterzuordnen. Ähnlich erzählt ihr Vorgesetzter, sie habe durch ihre Krankheit einen Reifungsprozess durchlaufen: „Also ich glaube, sie ist auch durch den Prozess, durch den sie jetzt gelaufen ist, ist sie auch reifer geworden, und sie ist schon standhafter als vorher." Sie habe es „hart" gehabt, sei aber heute „stärker" geworden. Hannah Bachmann sagt, dass sie nun, nach der Krankheit die Grenzen ihrer Belastbarkeit besser kenne, sich besser abgrenzen könne und dass sie gelernt habe, nein zu sagen. Bei den genannten Veränderungen, die der Erfahrung der Krankheit zugeschrieben werden, handelt es sich um gesellschaftlich erwünschte Entwicklungen.

In einem anderen Fall lobt die BGM-Verantwortliche, dass eine Depressionsbetroffene aus ihrer Krankheit für sich gelernt habe, wie sie die Berufsrolle mit der Mutterrolle besser vereinbaren könne.

> Das ist ein bisschen Interpretation jetzt von mir so, Finden von der Rolle von der Mutter oder eben von der berufstätigen Mutter, oder vielleicht auch noch von dieser berufstätigen Mutter, die auch noch Karriere macht, die auch noch eine Führungsposition hat, dass das irgendwie für sich irgendwie auch noch ... irgendwie in die Balance zu bringen. Das ist vielleicht, es braucht vielleicht schon gewisse Anläufe, oder bis man mal dort ist. […] Ich glaube einfach dort ist noch etwas gewesen, aber dort scheint es wirklich, scheint sie weitergekommen zu sein. Mit sich selbst.

Nach der Deutung der BGM-Verantwortlichen war die Erkrankung für die Betroffene ein hilfreicher Schritt, an der besseren Vereinbarkeit ihrer Berufsrolle mit ihrer Rolle als junge Mutter zu arbeiten. Den Sinn der Krankheit in der Bewältigung einer quasi normalbiografischen, gesellschaftlich erwünschten Herausforderung zu sehen, wirkt in gewissem Sinn entstigmatisierend, weil die psychischen Belastungen der Betroffenen für die Allgemeinheit nachvollziehbar und sozial akzeptabel erscheinen.

Die Interpretation der Erkrankung als Lernprozess kann als Versuch gedeutet werden, die Krankheit als *sinnvollen* Prozess zu verstehen. Dieses Deutungs- und Erzählmuster lässt sich mit dem von Frank (1995) identifizierten Krankheitsnarrativ der *Suche* (quest) in Verbindung bringen. „Quest stories meet suffering head on; they accept illness and seek to *use* it. […] the quest is defined by the ill person's belief that something has to be gained through the experience." (ebd., S. 115) Wie von Frank herausgearbeitet, ist das Erzählen einer Geschichte über die Erkrankung ein zentrales Instrument für die Erkrankten selbst zur Bewältigung des Schadens, den diese in deren Leben angerichtet hat. Das Narrativ des

Lernens ist insofern besonders sinnstiftend, als sich das Leiden so in gewisser Weise gelohnt hat.

Aus der Krankheit zu lernen kann aber nicht nur ein Instrument für die Betroffenen zur *Bewältigung* der Krankheit sein, es kann auch zu einer normativen Erwartung werden, die die Betroffene an sich richten oder die das Umfeld an die Erkrankten heranträgt. Im Datenmaterial wird dies deutlich in der Erzählung von Lars Flury, Mitarbeiter einer IT-Abteilung:

> das ist schon etwas, das ich mir von ANFANG AN, als ich dort in dieses Loch gefallen bin, ich habe mir gesagt, ich muss etwas LERNEN aus dieser ganzen Geschichte, weil wenn ich NICHTS ... profitiere von dem, dann ist es einfach VERBRANNTE VERLORENE Zeit für NICHTS. Und das haben mir auch, das ist auch das Erste ... gewesen, was mich quasi die Ärzte gefragt haben, ja ... hast du irgendein ZIEL, hast du irgendwie eine Erwartung. Und ich habe dort gesagt, ja, also mein Z- eben ich MUSS etwas pro- ich MUSS etwas profitieren von dem.

Lars Flury erinnert sich, dass er „von Anfang an", also ab dem Moment, als er seine Depression feststellte, den starken Wunsch verspürte, aus dieser Erfahrung etwas zu „lernen" und zu „profitieren". Der Gedanke, dass es sich dabei um „verlorene Zeit" handeln könnte, erscheint ihm unerträglich. Im Zitat zeigt sich deutlich die Erwartung, dass aus der Erkrankung irgendein Ertrag hervorgehen solle. Selbst die Phase der Depression, so der Wunsch des Erkrankten, soll ihn in irgendeiner Weise weiterbringen und wird damit der Erwartung zur „Selbstoptimierung" untergeordnet (Kury 2012, S. 288).

Für manche BGM-Verantwortliche macht die Bereitschaft „aus der Erkrankung zu lernen" ein weiteres Merkmal des *angemessenen Verhaltens* von psychisch erkrankten Beschäftigten aus. Dazu gehört in erster Linie das Erlernen von Strategien, sich abzugrenzen, um nicht sofort wieder krank zu werden. Eine BGM-Verantwortliche äußert sich kritisch bezüglich der Lernschritte eines wiedereingegliederten Mitarbeiters:

> wie viel er gelernt hat daraus, in diesen Strukturen, in denen er immer noch ist, … weiß ich nicht. Ich weiß es nicht. Und es ist halt schon immer wieder dieser Teil von, wenn ich ... ja … ich glaube ein Burnout kann jeden treffen. So. Aber ich muss als Mensch nachher lernen wollen, lernen können.

Die BGM-Verantwortliche bedauert, dass der Betroffene zu wenig aus seinem Burnout gelernt habe. Angesichts der Tatsache, dass er wieder „in diesen Strukturen", also an seinem alten Arbeitsplatz tätig ist, hält sie einen Rückfall für nicht

unwahrscheinlich. Sie reflektiert damit zum einen die Bedeutung der Arbeitsbedingungen für die Erkrankung des Betroffenen, schreibt aber die Verantwortung, die schädlichen Auswirkungen dieser „Strukturen“ zu begrenzen, dem Betroffenen zu, der daraus etwas lernen soll. Dies lässt sich als Beispiel für die „Ätiologie des individuellen Fehlverhaltens“ (Brunnett 2009, S. 305) lesen, welche psychische Erkrankungen nicht auf belastende Arbeits- und Lebensbedingungen, sondern auf eine „missglückte individuelle Anpassung“ zurückführt. Davon ausgehend lässt sich das „Lernen“ aus der Krankheit zur Vermeidung von Rückfällen als normative Erwartung einer erweiterten betrieblichen Krankenrolle deuten. Wer bereit ist zu lernen, zeigt zum einen den *Willen,* weiter im Betrieb tätig zu sein. Zum anderen lässt sich Lernbereitschaft als Element oder Grundlage für eine weiter bestehende Leistungsfähigkeit deuten.

6.2 Arbeitsleistung

Rechtfertigungen eines eingeschränkten Arbeitsvermögens und von Wiedereingliederungsbemühungen beziehen sich in vielen Fällen des Samples auf die *Arbeitsleistung* der betroffenen Beschäftigten. Der Verweis auf die Arbeitsleistung dient meist der Plausibilisierung, dass die Betroffenen die Anforderungen ihres Jobs weiterhin erfüllen und sich wieder als leistungsfähige Glieder in den Produktionsprozess einfügen werden können (Abschn. 6.2.1). In wenigen Fällen wird auf die besonderen Leistungen und Erfolge der betroffenen Beschäftigten hingewiesen, um zu begründen, dass in ihrem Fall der Aufwand einer Wiedereingliederung speziell lohnend ist (Abschn. 6.2.2).

6.2.1 Produktivität

Wenn im Voraus klar ist, dass mit einer längerfristigen oder sogar chronischen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zu rechnen ist, wird die Legitimierung betrieblicher Wiedereingliederungsmaßnahmen schwieriger. Das Rechtfertigungshandeln der betrieblichen Akteurinnen bezieht sich in einigen Fällen darauf, die Prognose, dass die Betroffenen zukünftig den Produktivitätsstandards ihrer Funktion wieder entsprechen werden können, glaubhaft erscheinen zu lassen. Dazu verweisen sie auf frühere Arbeitsleistungen der Betroffenen oder sie stellen außerhalb der Arbeit liegende Gründe als Hauptursachen der Erkrankung heraus (vgl. Abschn. 5.3.3).

Einige Betroffene betonen in den Interviews, dass sie die Ursachen ihrer psychischen Erkrankung *nicht* in der Arbeit verorten, so etwa der Kundenberater Erich Müller: „Ich wäre nie ins Burnout hineingefallen, nie vom Arbeiten her. Nie. Das habe ich immer gesagt." Aus der Verortung der Ursachen *außerhalb* der Erwerbsarbeit leiten Beschäftigte her, dass sie das Anforderungsprofil ihrer Stelle problemlos erfüllen können, sobald sie wieder genesen sind. Die Frage, ob jemand die Herausforderungen seines Jobs wieder auf sich nehmen kann, ist in den Worten einer BGM-Verantwortlichen die „Gretchenfrage" der Wiedereingliederung. Sie berichtet über eine Mitarbeiterin, die aufgrund einer Depression teilkrankgeschrieben war und von einem neuen Vorgesetzten gefragt wurde, ob sie sich den Anforderungen ihres Jobs noch gewachsen fühle:

> eben sie hat eine Spezialistenrolle gehabt, wo sie auch viel Austausch hat mit anderen internen Stellen, wo sie vielleicht auch angegriffen wird, ... wegen ihrer Arbeit, wo die Leute vielleicht auch nicht immer so zufrieden sind, so ein bisschen mit Reklamationen dann halt an sie gelangen, ... ob sie das überhaupt aushalten kann. Und dann hat sie gefunden, doch, also der Job gefalle ihr. Das, was ihr zu schaffen macht, sei alles, alles andere als dieser Job. Also es ist das Private und jetzt eben noch diese Zusatz, jetzt eben, diese andere Erkrankung mit dem Fuß, die machen ihr Mühe, aber der Job, der macht ihr wirklich sehr viel Freude. Und eben, wenn sie dann gesund ist, dann möge sie das auch sehr gut ertragen, oder, dass man sie ... ja, dass man vielleicht auch mal gegen sie schießt, das gehört einfach ein bisschen, ja, gehört zu dem Job, den sie hat. Aber das ist einfach die Frage gewesen, die er ihr, ja, als er sie übernommen hat, gestellt hat.

Nach der Rekonstruktion der BGM-Verantwortlichen verlangte der neue Vorgesetzte von der Mitarbeiterin, die zusätzlich an einer Fußverletzung leidet, eine Einschätzung, ob sie sich dazu fähig fühlt, weiterhin in ihrer Stelle zu arbeiten. Aus seiner Sicht steht also nicht mehr die Erkrankung, sondern die generelle Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterin zur Debatte. Als Erklärung fügt die BGM-Verantwortliche an, dass es sich um eine „anspruchsvolle Spezialistenrolle" handelt, in der man sich exponiert und Kritik aushalten muss. Die Antwort fällt gemäß Bericht der BGM-Verantwortlichen positiv aus. Zur Untermauerung erwähnt die Betroffene folgende Argumente: erstens gefalle ihr der Job. Dadurch entkräftet sie die potenzielle Unterstellung, sie könnte sich durch den Job überfordert fühlen. Zweitens verweist sie auf die privaten Ursachen für ihr psychisches Leiden und entzieht damit der Interpretation einer arbeitsbedingten Erkrankung die Grundlage. Als drittes Argument sagt sie direkt, dass sie die Anforderungen des Jobs „gut ertrage", wenn sie wieder gesund sei. Sie stellt dem Vorgesetzten damit in Aussicht, zukünftig wieder in ihrem Jobprofil einsatzfähig zu sein und verweist darauf, dass es lediglich, die Genesung abzuwarten gilt.

Rechtfertigungen, die sich auf die nach der Genesung wieder zu erwartende Arbeitsleistung der Betroffenen stützen, werden vor allem dann geäußert, wenn es Anlass für den Verdacht gibt, dass die Arbeit die Erkrankung mitverursacht hat. Dies kann bei Beschäftigten der Fall sein, die eine neue Stelle angetreten haben. Zudem gibt es Jobprofile, die für ihre hohen psychischen Belastungen bekannt sind, weil es bereits einige Fälle psychisch erkrankter Beschäftigter gibt. Ein Beispiel für eine solche Tätigkeit sind die Kundenberater[4], deren Hauptaufgabe darin besteht, Versicherungen zu verkaufen. Sara Giger, Personalverantwortliche einer Generalagentur der *Komfortia,* rechtfertigt die Wiedereingliederungsmaßnahmen im Fall von Erich Müller, einem Kundenberater, der nach einem Burnout mehrere Monate ausgefallen und danach teilarbeitsfähig war, mit den folgenden Worten:

> Und bei ihm muss ich auch sagen, ich glaube nicht, dass der Job ihn krank macht, weil das ist ein super, das ist, das ist einer, der geht auf neue Kunden los. Und ich habe selbst, also der, der gewinnt Kunden, weil er einfach ein super Typ ist. Der ist seit 20 Jahren in der Branche, […] Also das ist wirklich so ein super Typ, das ist nicht der Job, der ihn krank macht. Weil der Job ERFÜLLT ihn. Aber solange er das Private nicht auf die Reihe kriegt, kann er auch im Job nicht konzentriert sein.

Sara Giger grenzt sich explizit von der Vermutung ab, Erich Müller könne durch den Job krank geworden sein. Aus seiner langjährigen, erfolgreichen Arbeit leitet sie ab, dass seine Erkrankung nichts mit einer arbeitsbedingten Überforderung zu tun hat. Stattdessen verweist sie auf seine privaten Probleme. Wenn er diese „gelöst" hat, werde er wieder „der Alte" sein, nimmt sie an. Kundenberater, die psychisch erkranken, stehen unter dem Generalverdacht, dass ihre Krankheit durch die Arbeit verursacht ist. Für das Management ist dies allerdings kein Anlass, die Arbeitsbedingungen gesundheitsverträglicher zu gestalten. Vielmehr wird die psychische Erkrankung eines Kundenberaters als Zeichen gedeutet, dass der Betroffene die für den Job notwendige Belastbarkeit nicht mitbringt (Woods et al. 2019, S. 957). Psychisch erkrankten Kundenberatern rate man meistens davon ab, in dieser Tätigkeit weiter zu arbeiten: „wir haben ihm eigentlich quasi aufgezeigt, du musst dann einen anderen Job, weil das ist gar nichts, das", so Sara Giger über einen anderen Betroffenen. Eine ähnliche Phrase verwendet der Leiter der Generalagentur: „es ist einfach nicht dein Job", habe er einem psychisch erkrankten Kundenberater mitgeteilt. Psychische Erkrankungen bei Kundenberatern werden als Warnsignal dafür aufgefasst, dass sie die für diese Tätigkeit

[4] Da diese Tätigkeit fast ausschließlich von Männern ausgeübt wird, verwende ich in Bezug auf diese Berufsgruppe explizit die männliche Form (vgl. Abschn. 7.1.2).

nötigen Voraussetzungen nicht mitbringen und somit den Produktivitätsstandards nicht genügen können. Sara Giger berichtet von einem weiteren Fall:

> Der ist wiedergekommen, ist ein Jahr später genau zur gleichen Zeit genau nach dem gleichen Muster wieder in das Gleiche gekommen. Da hat er sich aber selbst zugestehen müssen, hmm. Jetzt will ich nicht mehr, es geht nicht mehr. Und der ist dann selbst gegangen, er hat selbst gekündet.

Wenn ein Kundenberater zum zweiten Mal erkrankt und der Eindruck besteht, dass dies durch die Arbeit bedingt ist, lässt sich der Aufwand für eine weitere Wiedereingliederung nur schwer rechtfertigen. Im erwähnten Fall entschließt sich der Betroffene selbst zu einer beruflichen Umorientierung und nimmt damit die Entscheidung des Arbeitgebers vorweg. Das Argument, dass die Erkrankung nicht arbeitsbedingt ist, spielt je nach Kontext eine zentrale Rolle für die Rechtfertigung von Wiedereingliederungsmaßnahmen. Die Einschätzung, dass die weitere Einsatzfähigkeit der betroffenen Beschäftigten in ihrer Tätigkeit zweifelhaft scheint, kann als Begründung für eine Reduktion des Pensums oder gar eine Auflösung des Arbeitsvertrags herangezogen werden.

Die Rechtfertigung der weiteren Beschäftigung beruht in diesen Fällen darauf, dass die Betroffenen die Produktivitätsstandards ihrer Funktion wieder werden erfüllen können und folgt so der industriellen Konvention. In der industriellen Welt gelten Effizienz und Produktivität als zentrale Bewertungskriterien. Entsprechend wird in den diskutierten Fällen die Effizienz von Wiedereingliederungsaktivitäten von der zukünftig zu erwartenden Arbeitsleistung abhängig gemacht. Ein eingeschränktes Arbeitsvermögen ist dann tragbar, wenn die Betroffenen grundsätzlich über ein „Aktivitätspotential" verfügen, das nach der industriellen Konvention den Wert einer Arbeitskraft ausmacht (Boltanski und Thévenot 2007, S. 279) und wenn absehbar ist, dass sie sich auf produktive Weise in die Arbeitsorganisation wiedereingliedern lassen.

Je länger die (Teil-)Arbeitsunfähigkeit andauert, desto mehr Zweifel kommen indes daran auf, dass Betroffene in ihrer angestammten Tätigkeit – in absehbarer Zeit – wieder leistungsfähig sein werden und desto ineffizienter erscheint die Wiedereingliederung. Dies wird auch im Bericht von Sara Giger über den Kundenberater Erich Müller deutlich:

> Ich weiß es nicht, wie es ausgehen wird, weil also, ich glaube eben nicht, wenn ich dann irgendwann mal das Gefühl bekomme, eben, ich bin ja nur immer beratend, schlussendlich muss dann das der Linienvorgesetzte noch sein, und wenn das BGM auch noch sagt, he nein, ich sehe es nicht mehr, dann müssen wir so reden, dann müssen wir es auf den Tisch bringen und sagen, he sorry, das geht so nicht mehr, oder.

> Aber HIER glauben wir wirklich alle noch fest daran, es ist nicht der Job, es ist einfach das Private. Ja und die Frage ist einfach, ja, vielleicht haut es irgendwann einmal einem Vorgesetzten auch den Nuggi raus, und sagt, so, irgendwann ist fertig. Aber wir halten daran, und es sind doch, ja, 13 Monate jetzt vergangen, ja.

Die Personalverantwortliche deutet an, dass trotz der starken Überzeugung, dass der Betroffene in seinem Job wieder einsatzfähig sein wird, je nach Dauer der Arbeitsunfähigkeit eine andere Betrachtungsweise in der Diskussion über den Fall Überhand nehmen könnte. Dies wird ihr zufolge dann eintreten, wenn es einem Linienvorgesetzten in der umgangssprachlichen Formulierung Sara Gigers den „Nuggi raushaut", was sich sinngemäß damit übersetzen lässt, dass seine Toleranzgrenze erreicht ist. Die Phase, die Unternehmen zur Wiedereingliederung gewähren, ist zeitlich begrenzt durch die Dauer, während der der Leistungsfall finanziell gedeckt ist (Nadai et al. 2019). In diesem Fall sind das die zwei Jahre, während derer die Krankentaggeldversicherung für den Lohn des Betroffenen aufkommt. Wie Sara Giger andeutet, kann die Toleranz auch schon früher enden, wenn die Beteiligten den Glauben an die Wiedereingliederbarkeit der Betroffenen verlieren.

6.2.2 Erfolg

Rechtfertigungen von Maßnahmen zur Wiedereingliederung, die sich auf die Arbeitsleistungen der Betroffenen stützen, stellen in der Regel auf deren Wiedereingliederbarkeit *innerhalb der gegebenen Strukturen der Arbeitsorganisation* ab, d. h. auf ihre Einsatz- und Leistungsfähigkeit im Rahmen der gängigen Definition von Aufgaben und Leistungsstandards. In wenigen Fällen im Sample spielt Arbeitsleistung zudem in einem anderen Rechtfertigungsmuster eine zentrale Rolle. Besonders ausgeprägt trifft dies im Fall des in Abschn. 6.2.1 bereits erwähnten Kundenberaters Erich Müller zu. Sein Vorgesetzter Paul Conradi äußert sich in den folgenden Worten über ihn:

> Für mich ist er ein Wertvoller, also, mir ist lieber, er bleibt mit mir. Ich habe mit dem Erich, wenn der auch nur 80 Prozent arbeitet, habe ich noch immer einen von den besten Mitarbeitern.

Der Vorgesetzte stellt den Kundenberater hier als besonders „wertvollen" Mitarbeiter dar, der auch mit reduziertem Arbeitspensum einer der besten Mitarbeiter sei. Um diese Aussage zu verstehen, muss sie im Kontext der Arbeitsbedingungen der Kundenberater betrachtet werden. Die Qualität der Arbeitskraft bemisst

sich hier an den effektiv verkauften Versicherungen und damit am für das Unternehmen erwirtschafteten Gewinn. Worauf es ankommt, ist also nicht die zeitliche Verfügbarkeit eines Beschäftigten, sondern sein Verkaufserfolg. Erich Müller ist für seinen Vorgesetzten wertvoll, insofern er trotz seiner krankheitsbedingt eingeschränkten Verfügbarkeit zu den Kundenberatern mit den größten Verkaufserfolgen gehört. Arbeitsleistung wird hier nicht über den geleisteten Arbeitsaufwand definiert, sondern über die erzielten Resultate (Neckel und Dröge 2003; Neckel et al. 2008). Obwohl Erich Müllers eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bereits länger als ein Jahr andauert und die beteiligten Akteurinnen daran zweifeln, dass er das Aufgabenprofil eines Kundenberaters je wieder wird ausfüllen können, strebt der Vorgesetzte Paul Conradi keine Auflösung des Arbeitsverhältnisses an. Vielmehr bewilligt er sogar eine Anpassung der Arbeitsaufgaben des Betroffenen: Erich Müller erhält die Möglichkeit, die ihm schwer fallenden administrativen Arbeiten an einen Kollegen zu delegieren. Dies entspricht keineswegs der gängigen Praxis. Der zuständige BGM-Verantwortliche erklärt sich diese Ausnahme wie folgt:

> beim Herrn Müller haben wir WIRKLICH ein MEGA besonderes Setting, das sonst irgendwo für niemanden einfach so möglich ist. Einfach weil er ein genialer Produzent ist

Auf die Nachfrage nach der Rolle des Vorgesetzten führt er weiter aus:

> Ja, das hat ganz stark mit seinem Vorgesetzten zu tun, weil der weiß, wie der Herr Müller produziert, was er für eine Leistung bekommt, weil ... auch der Generalagent, das ist ja der Vorgesetzte, der Generalagent, der wird bemessen an dem, was sein Team ... liefert, produziert, oder. Und wenn er natürlich so eine Cash Cow hat in seinem Team drinnen, dann ist er schon bereit, irgendwo das Möglichste auch zu tun, um den irgendwo zu entlasten, damit er weiterhin optimal ... cashen kann.

Das Erich Müller gewährte „Setting“, die Befreiung von administrativen Aufgaben, ist innerhalb der Generalagentur und auch darüber hinaus in der Firma außergewöhnlich, da normalerweise am definierten Aufgabenprofil von Kundenberatern auch bei gesundheitlich eingeschränkten Beschäftigten festgehalten wird. Im Fall von Erich Müller wird die Abweichung von der üblichen Praxis – wie der BGM-Verantwortliche in den beiden Zitaten darlegt – vom Vorgesetzten als gerechtfertigt angesehen, weil er überdurchschnittlich erfolgreich ist, wie die Ausdrücke „genialer Produzent“ und „Cash cow“ veranschaulichen. Sein Wert als Mitarbeiter lässt sich gewissermaßen direkt quantifizieren über den

erwirtschafteten Umsatz im Vergleich zu einem durchschnittlich erfolgreichen Kundenberater.

Die Rechtfertigung über den erzielten Verkaufserfolg folgt dem Muster der Konvention des Marktes, der zufolge der Erfolg bzw. die Höhe des auf dem Markt erzielten Preises das zentrale Bewertungskriterium ist (Boltanski und Thévenot 2007, S. 264 ff.; Diaz-Bone 2018, S. 162). Der Wert der Arbeitskraft von Erich Müller bemisst sich an seinen im internen Wettbewerb mit seinen Kollegen, sowie im externen Wettbewerb mit anderen Versicherungen erzielten Verkaufszahlen, die – zumindest im übertragenen Sinn – den „Preis" seiner Arbeitskraft ausmachen. Im Unterschied zur industriellen Konvention geht es hierbei also nicht darum, ob er innerhalb des definierten Stellenprofils eines Kundenberaters wieder produktiv sein kann, sondern um den von ihm individuell erzielten Markterfolg. Der Vorgesetzte gewichtet diesen Umstand stärker als das Risiko, dass Erich Müller die Produktivitätsnormen seiner Funktion auch in Zukunft nicht mehr erfüllen wird und gibt stattdessen dem Markterfolg den Vorrang. Dies liegt am Produktionssystem der Versicherungsagentur, das stark nach marktlichen Prinzipien organisiert ist (vgl. Abschn. 7.1.2), was sich in der kennzahlenorientierten Leistungssteuerung und dem provisionsbasierten Lohnsystem äußert. Auch der Vorgesetzte und die gesamte Agentur werden kennzahlenbasiert bewertet. Es handelt sich hierbei um ein *Format* der Leistungssteuerung, das die Betrachtung von Beschäftigten unter Gesichtspunkten der Marktkonvention stützt. In anderen Tätigkeitsfeldern, in denen keine Quantifizierung und Zuschreibung individueller Erfolge praktiziert werden, ist die Marktkonvention in der Rechtfertigung eingeschränkten Arbeitsvermögens hingegen weniger präsent.

6.2.3 Auslagerung ins „Private"

Für Rechtfertigungen, die auf die weitere Produktivität psychisch erkrankter Beschäftigter abstellen, spielt der Verweis auf „private" Ursachen der Erkrankung eine entscheidende Rolle. Auch andere empirische Studien zur Wiedereingliederung von Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen stellen fest, dass betriebliche Akteurinnen zwischen „privaten" und „arbeitsbedingten" Krankheitsursachen unterscheiden. Da innerhalb eines Arbeitsteams nie alle Mitarbeitenden krank werden, kommen Führungskräfte nach Windscheid (2019b, S. 238 f.) pauschal zur Einschätzung, dass psychischen Erkrankungen Probleme „persönlicher Natur" zugrunde liegen und dass ihnen die Eigenschaften der „Privatheit" und „Partikularität" zukommen. Nach der Studie von Ohlbrecht et al. (2018, S. 161) unterscheiden auch die Betroffenen zwischen „privaten" und „beruflichen"

Krankheiten. Nach Voswinkel (2017c, S. 270) gehen Eingliederungsexpertinnen indes davon aus, dass arbeitsbedingte und private Dimensionen, die zu einer Erkrankung führen, kaum zu trennen sind. Diese Meinung vertritt auch die BGM-Leiterin der *Celestia.* Sie erwähnt diese Haltung sogar in einer Führungsschulung, bei der ich teilnehmend beobachtet habe:

> Vorgesetzte kämen häufig zu ihr und sagten, „er hat hohe Belastungen, aber weißt du, es ist im Privaten". Für sie ist der Mensch als „Gesamtes unterwegs". Daher könne man das nicht wirklich trennen. *(Feldnotizen)*

In Bezug auf konkrete Fälle halten die interviewten betrieblichen Akteure jedoch an der Feststellung von ausschließlich „privaten" Ursachen des eingeschränkten Leistungsvermögens fest. Hier liegt die Vermutung nahe, dass sich auf diese Weise die berufliche Wiedereingliederung leichter rechtfertigen lässt. Eine privat bedingte psychische Erkrankung stellt die Einsatzfähigkeit der Betroffenen in ihren Jobs nicht generell in Frage, sondern kann als Problem der „Vereinbarkeit" behandelt werden, wie es Sara Giger, Personalverantwortliche einer Versicherungsagentur für den Fall eines psychisch erkrankten Kundenberaters formuliert:

> ich habe Riesenprobleme, ich bringe nichts mehr auf die Reihe im Kopf und so und ich muss dann noch Kunden gewinnen, geht GAR nicht. Darum sage ich eben, das Private ist der Auslöser, ist dann einfach nicht so vereinbar, wie, sage ich, in einem anderen Job.

Psychische Probleme, die sich u. a. in Schlafproblemen äußern, sind nach ihrer Einschätzung je nach Tätigkeit besser oder schlechter mit den Leistungsanforderungen „vereinbar". Mit der Formulierung als Vereinbarkeitsproblem ist aber klar, dass die psychischen Erkrankungen *außerhalb* der Sphäre des Betriebs und der Erwerbsarbeit angesiedelt sind.

Die Ursachen ausschließlich im „Privaten" zu verorten, kommt einer einseitigen Idealisierung gleich, durch die die Ursachen der psychischen Erkrankung gleichsam aus dem Betrieb *ausgelagert* werden. Eine kritische Diskussion der gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitsbedingungen kann so erst gar nicht aufkommen. So gelangt auch Voswinkel (2017c, S. 289) in der Analyse des betrieblichen Eingliederungsmanagements zur Schlussfolgerung, dass die Erklärung über „private" Krankheitsursachen einer stärkeren Berücksichtigung psychischer Belastungsfaktoren in der Arbeit und im Betrieb im Weg steht. Außerdem entlastet eine Erklärung über ausschließlich private Ursachen die Vorgesetzten

und das Management von der Verantwortung für eine gesundheitsverträglichere Gestaltung von Arbeitsbedingungen (Windscheid 2019a, S. 269).

6.3 Zusammenfassung: Repertoires der Rechtfertigung

Damit die Eingliederung gelingt, leisten die betrieblichen Akteurinnen in unterschiedlicher Weise *Rechtfertigungsarbeit*. Diese ist in „kritischen Momenten" erforderlich, wenn die Plausibilität der Erkrankung, aber auch die Angemessenheit von Eingliederungsmaßnahmen zur Disposition stehen. Explizite Rechtfertigungen von Maßnahmen zur Wiedereingliederung werden im Datenmaterial sehr oft von Vorgesetzten formuliert, denen in der Entscheidung über die Weiterbeschäftigung viel Gewicht zukommt. Zudem formulieren auch BGM-Verantwortliche und Betroffene Erklärungen und Fallbeschreibungen, in denen die im Betrieb gängigen Rechtfertigungs- und Beurteilungskriterien deutlich werden. Durch das Anregen von Erklärungen und Plausibilisierungen einer Erkrankung in der Begleitung von Betroffenen tragen insbesondere BGM-Verantwortliche zur Rechtfertigungsarbeit bei. In den Ausführungen der betroffenen Beschäftigten ist darüber hinaus erkennbar, dass sie sich in ihrem Verhalten und ihrer Selbstdarstellung an den dominierenden Verhaltenserwartungen und Rechtfertigungsordnungen ausrichten. Eine vorwegnehmende Rechtfertigungsarbeit wird also auch durch die Betroffenen geleistet, zum Beispiel, indem sie sich gemäß den Erwartungen an legitime Kranke verhalten.

Oft wurden Wiedereingliederungsmaßnahmen über den Arbeits- und Genesungswillen der Betroffenen gerechtfertigt, also über die *Konvention des Hauses,* die das Verhalten innerhalb von persönlichen Beziehungen, sowie das Einhalten von gegenseitigen Verpflichtungen als Bewertungskriterium in den Vordergrund stellt. Betriebliche Bemühungen zur Wiedereingliederung erscheinen so als ein Privileg, das sich die Betroffenen durch ihr vorbildliches Verhalten verdient haben. In anderen Fällen wurde die Wiedereingliederung über die Arbeitsleistung der Betroffenen begründet. In einer ersten und häufigeren Variante wurde argumentiert, dass es sehr wahrscheinlich sei, dass die Betroffenen nach ihrer Genesung in ihrem Job wieder voll einsatzfähig sein und die Produktivitätsstandards erfüllen würden. Bemühungen zur Wiedereingliederung erscheinen vor diesem Hintergrund *nicht* als ineffiziente Verschwendung von Ressourcen. Über den Hinweis auf das Aktivitätspotential der Betroffenen wurde so die *industrielle Konvention* mobilisiert, bzw. einem aus dieser Perspektive formulierten Einwand gegen die weitere Beschäftigung entgegengewirkt. In einem Fall des Samples wurde die Wiedereingliederung hauptsächlich dadurch begründet, dass

dieser für das Unternehmen hohe Profite erwirtschaftet. In diesem Fall erfolgte die Rechtfertigung aus der Perspektive der Marktkonvention.

Oft werden in einem Fall mehrere Repertoires der Rechtfertigung beigezogen. Am häufigsten liegt eine Kombination häuslicher und industrieller Begründungslogiken vor. Wie einleitend erwähnt hängt der Erfolg des Rechtfertigungshandelns nach Boltanski und Thévenot (2014, S. 20) von „Arrangements" ab, die Argumenten und Beweisstücken Allgemeingültigkeit verleihen. Betriebliche Strukturen sind so gestaltet, dass den Vorgesetzten hinsichtlich der weiteren Beschäftigung die zentrale Entscheidungsmacht zukommt. Diese Art der Entscheidungsstruktur räumt Argumenten viel Gewicht ein, die auf die Beziehung der Vorgesetzten zu den Beschäftigten sowie deren kooperatives Verhalten abstellen. Für die Bedeutung, die die industrielle Konvention oder die Marktkonvention in der Beurteilung erhalten, spielen die Arbeitsbedingungen sowie die Formate der Leistungssteuerung eine Rolle. In Arbeitsbereichen mit hohem Zeit- und Leistungsdruck kommt schneller der Verdacht auf, eine psychische Erkrankung könnte durch die Arbeit bedingt sein. Daraus ergibt sich eine Beweislast, zu demonstrieren, dass man nicht überfordert ist, was eine Rechtfertigung über das zukünftige Aktivitätspotential, also die industrielle Konvention in den Vordergrund rückt. In Bereichen mit ergebnisorientierter Steuerung wird hingegen der Marktkonvention Gewicht verliehen.

Die Arbeitsbedingungen haben aber nicht nur einen Einfluss darauf, welchen Repertoires der Rechtfertigung den Vorrang gegeben wird, sie wirken sich zudem darauf aus, wie sehr ein eingeschränktes Arbeitsvermögen und Maßnahmen zur Reintegration überhaupt Rechtfertigungsbedarf aufwerfen. Ob eine vorübergehende Reduktion des Pensums als erklärungsbedürftig erscheint, hängt beispielsweise davon ab, ob in einem Arbeitsbereich Teilzeitarbeit üblich ist oder nicht. Auf diesen Zusammenhang geht Kap. 7 vertieft ein.

Aus den beschriebenen Rechtfertigungslogiken ergeben sich Dynamiken und Zugzwänge, die zum Teil konträr zum Ziel einer gelingenden Wiedereingliederung stehen. Beschäftigte, die sich in Bezug auf eine wohlwollende Beurteilung nach der *Konvention des Hauses* vorteilhaft positionieren wollen, lassen sich unter Umständen auf Erwartungen ein, die dem Ziel der Rehabilitation zuwiderlaufen. Im Bestreben, sich als kooperativ zu präsentieren, gehen sie auf frühe Kontaktversuche während der Krankschreibung oder in der Klinik ein, obwohl sie sich davon eigentlich überfordert fühlen. Im Bemühen, sich als weiterhin einsatzfähig, motiviert und leistungsbereit zu präsentieren, nutzen sie die vom Betrieb gewährten Schonräume nicht vollständig. Ist das Rechtfertigungsmuster über die *industrielle Konvention* dominant, geht damit eine Auslagerung der Krankheitsursachen ins Privatleben einher. Dies führt wiederum dazu, dass Anpassungen

von Arbeitsaufgaben an die gesundheitliche Situation von Beschäftigten unnötig erscheinen. Rechtfertigungen über die industrielle Konvention werden aber gerade in Arbeitsbereichen mit hohem Leistungsdruck begünstigt, in denen eine Thematisierung arbeitsbedingter gesundheitlicher Belastungen am dringendsten nötig wäre.

7 Eingliederung und Arbeitsorganisation

In den drei untersuchten Unternehmen gehört es zu den Hauptaufgaben des BGM, sich um die Wiedereingliederung gesundheitlich eingeschränkter Beschäftigter zu kümmern. Die Devise lautet, dass eine Wiedereingliederung, soweit möglich und von den Betroffenen gewünscht, in jedem Fall versucht wird. Letztlich findet ein großer Teil der Eingliederungsarbeit jedoch an den konkreten Arbeitsplätzen und im Arbeitsalltag der Betroffenen statt und wird durch die Betroffenen selbst, ihre Vorgesetzten oder ihre Kolleginnen geleistet. In diesem Kapitel präsentiere ich die im empirischen Material vorgefundenen Wiedereingliederungsstrategien als „Maßnahmen“ im weiteren Sinne. Im Fokus steht die Frage, wie ihre *Umsetzbarkeit* durch die Rahmenbedingungen der *Arbeitsorganisation* beeinflusst wird und welche Rolle der dabei entstehende *Rechtfertigungsdruck* spielt.

Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen wirken sich zum einen darauf aus, wie unkompliziert Eingliederungsmaßnahmen *organisatorisch* umsetzbar sind. Zum anderen können Eingliederungsmaßnahmen mit den in einem Arbeitsbereich geltenden Leistungsnormen und Anerkennungsordnungen konfligieren und sich insofern als *rechtfertigungsbedürftig* erweisen. Handlungsbedarf ergibt sich bereits dann, wenn die Maßnahmen aus der Sicht betrieblicher Akteurinnen als unangemessen oder ungerecht wahrgenommen werden *könnten.* Die Situation eines entstehenden Rechtfertigungsbedarfs beschreiben Boltanski und Thévenot (2007, S. 188) als „Szenerie der Streitigkeit“:

> Die Infragestellung einer Situation beginnt zunächst damit, dass Disharmonien zwischen den Größen der in der Situation beteiligten Personen und Objekte aufgezeigt und als *Schwächen* beziehungsweise *Defekte* hingestellt werden. Die Szenerie der Streitigkeit schließt sich, wenn eine fehlerhafte Größe, also eine Ungerechtigkeit oder eine Unrichtigkeit in einem Arrangement aufgezeigt wird. (Hervorhebungen i. O.)

A. Gonon, *Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit*, Soziologie der Konventionen,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41117-6_7

Im Datenmaterial der Studie wirkt sich Rechtfertigungsbedarf bereits dann im Handeln der Akteure aus, wenn diese Disharmonien von anderen (noch) nicht als „Schwächen", „Defekte" oder „Ungerechtigkeiten" und „Unrichtigkeiten" benannt wurden. Es reicht schon aus, dass es aus der Perspektive der Handelnden einen potenziellen Anlass für eine solche Kritik geben könnte.

Je größer der Rechtfertigungsbedarf, desto schwieriger wird die Umsetzung der Maßnahmen und Wiedereingliederungsstrategien. Rechtfertigung bedeutet zum einen zusätzlichen Aufwand, vor dem die Akteurinnen zurückschrecken können. Zum anderen können Maßnahmen, durch welche der Wiedereinstieg erleichtert werden soll, von den Betroffenen als Stigmatisierung erlebt werden. Ein Personalverantwortlicher berichtet, dass Betroffene Maßnahmen zur „Erleichterung" des Wiedereinstiegs oft nicht wünschen, weil sie sich durch sie als weniger leistungsfähig gebrandmarkt fühlen würden:

> Manchmal muss man gewisse Erleichterungen machen, aber das WOLLEN sie meistens NICHT. Die MEISTEN Mitarbeiter wollen ja wieder MÖGLICHST schnell, lieber heute als morgen, NORMAL wieder arbeiten können, nicht auffallen, keine Spezialbehandlung, nichts.

Wiedereingliederungsmaßnahmen zielen darauf ab, den Beschäftigten den Wiedereinstieg am Arbeitsplatz zu erleichtern. Die zu diesem Zweck erfolgenden Anpassungen von Arbeitszeiten, -rhythmen und Aufgaben bedeuten eine Abweichung von den für die restliche Belegschaft geltenden Standards. Das Ausmaß, in dem solche Anpassungen als „Spezialbehandlungen" wahrgenommen werden, hängt mit den in einem Arbeitsbereich gängigen Leistungsstandards und den Formen der Arbeitsorganisation zusammen.

Im Datenmaterial zeigen sich verschiedene Muster, wie Akteure auf den wahrgenommenen Rechtfertigungsbedarf reagieren. Das Antizipieren einer mangelnden Akzeptanz von Wiedereingliederungsaktivitäten kann wie bereits erwähnt dazu veranlassen, auf bestimmte Maßnahmen im Vornherein *zu verzichten.* Angesichts einer zweifelhaften Akzeptanz kann es zweitens zu *Kompromisslösungen* kommen: in gewissen Fällen werden die Maßnahmen zwar offiziell implementiert, in der Praxis aber nur teilweise umgesetzt. Drittens versuchen Akteurinnen, *Akzeptanz herzustellen,* indem sie explizite Rechtfertigungen formulieren (vgl. Kap. 6) oder eine erwartete Kritik über (symbolische) Gegenleistungen, wie z. B. spezielle Aufmerksamkeiten oder kleinere Geschenke besänftigen. Die ersten beiden Strategien führen dazu, dass Eingliederungsmaßnahmen nicht oder nicht vollständig umgesetzt werden können, während die dritte Strategie mit zusätzlichem Aufwand verbunden ist.

Das vorliegende Kapitel ist einer detaillierten Betrachtung der im Material vorgefundenen Wiedereingliederungsmaßnahmen gewidmet. Ich analysiere, inwiefern deren Umsetzbarkeit von den Arbeitsbedingungen und den Formen der Arbeitsorganisation beeinflusst wird (Abschn. 7.2). Anschließend setze ich die Resultate in Bezug zu den arbeitssoziologischen Zeitdiagnosen der Entgrenzung, Selbstorganisation, indirekten Steuerung und Vermarktlichung sowie der Standardisierung und der Leistungs- und Kostenkontrolle (Abschn. 7.3). Zunächst seien die häufigsten Tätigkeiten der Betroffenen, sowie ihre Arbeitsbedingungen kurz charakterisiert (Abschn. 7.1).

7.1 Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen

7.1.1 Tätigkeiten im „Innendienst"

Sieben betroffene Beschäftigte sind in diversen Dienstleistungstätigkeiten innerhalb der Versicherungen beschäftigt. Es handelt sich mehrheitlich um Funktionen mit administrativem Charakter. Im Vergleich zum Außendienst, bei dem der direkte Kundenkontakt im Fokus steht, gelten sie zwar als „Backoffice"-Tätigkeiten, doch haben fast alle in irgendeiner Form und mit einer gewissen Regelmäßigkeit Kontakt mit Kundinnen und sind dabei mit Belastungen konfrontiert, die aus der Erforschung der interaktiven Dienstleistungsarbeit bekannt sind (Wharton 2016). Besonders Bereiche, die mit der Bearbeitung von Unfällen, Invalidität oder Todesfällen zu tun haben, gelten innerhalb der Versicherungen als beanspruchend, weil Emotionsarbeit gefordert ist, wenn man weinende, unter Schock stehende Kunden am Telefon beraten muss.

Die Abteilungen der Interviewten sind von Kostendruck geprägt, der sich in einer knappen Personalplanung niederschlägt. Beide Versicherungen haben in den letzten Jahrzehnten im Zuge von Umstrukturierungen und Sparmaßnahmen Personalkapazitäten abgebaut. Im Rahmen der Umstrukturierungen wurden zudem Stellenprofile verändert, was in gewissen Fällen zu einer Vervielfältigung der Aufgaben führte. Mitarbeitende, die früher vor allem administrativ tätig waren, müssen zum Beispiel vermehrt auch Kundenanfragen beantworten.

Die Abteilungen, in denen die Beschäftigten des Samples arbeiten, sind in unterschiedlichem Maß von Zeitdruck geprägt. Besonders ausgeprägt ist der Zeitdruck in Abteilungen, die von Versicherten gemeldete Schadenfälle bearbeiten. Für die Bearbeitung von Schadenfällen gelten zum Teil Vorgabegeschwindigkeiten. Eine Abteilung der *Komfortia,* die so genannte Bagatellschäden bearbeitet,

konfrontiert ihre Beschäftigten regelmäßig mit einem Vergleich des individuellen Postkorbstands der einzelnen Teammitglieder. Die Mitarbeitenden sehen also nicht nur, wie viele ausstehende Aufgaben sie selbst noch erledigen müssen, sondern werden auch über den Stand ihrer Kollegen informiert. Über diese Maßnahme wird Zeitdruck in gewissem Sinn künstlich *hergestellt,* um die Beschäftigten zu schnellem Arbeiten anzuhalten. In einer Abteilung der *Celestia,* die Schadenfälle spezialisiert bearbeitet, wird das Team dagegen halbjährlich darüber informiert, wie viele „Arbeitstage" es als Kollektiv gegenüber der Zielvorgabe im „Rückstand" ist.

7.1.2 Verkaufs- und Kundenberater im Versicherungsaußendienst

Vier betroffene Beschäftigte sind als Kundenberater tätig. Diese gelten in den Unternehmen als besonders anfällig für Erschöpfungsdepressionen. Vor allem in der *Komfortia* wird dies von vielen Interviewten hervorgehoben. Die Kundenberater sind zuständig für die Akquise und Beratung von Kundinnen, mit dem Ziel, Versicherungspolicen abzuschließen. Wie Robin Leidner (1991) in ihrer Studie zur interaktiven Dienstleistungsarbeit zeigte, wird das Verkaufen von Versicherungen im Gegensatz zu anderen Verkaufstätigkeiten als aggressive, männliche Handlung gerahmt. Auch in den untersuchten Versicherungsunternehmen ist diese Tätigkeit bis heute eine Männerdomäne geblieben. Je nach Organisationsmodell verfügen Kundenberater über ein eigenes Kundenportfolio, das sie in jahrelanger Arbeit aufbauen und pflegen. Ihre Tätigkeit beinhaltet das telefonische Abarbeiten von Kundenkontakten, die Kundenakquise über persönliche und berufliche Netzwerke, sowie Treffen und Besuche bei Kundinnen. Die Berater sind viel unterwegs und können ihre Arbeitstage relativ autonom strukturieren. Umgekehrt müssen sie ausgedehnte Arbeitszeiten in Kauf nehmen, die häufig in die Abendstunden hineinreichen. Die Trennung von Geschäftlichem und Privatem wird in der Arbeit oft verwischt.

Die Arbeit der Kundenberater ist geprägt durch die ergebnisorientierte Steuerung (Menz und Nies 2015). Das Unternehmen gibt jährlich quantitative Ziele vor, wie viele Versicherungen welcher Kategorien zu verkaufen sind. Diese werden in Ziele für die Agenturen und schließlich in Zielvorgaben für die einzelnen Kundenberater übersetzt. Kundenberater werden daran gemessen, inwiefern sie diesen Vorgaben entsprechen. Der Leistungsvertrag macht ein weiteres Spezifikum ihrer Arbeit aus. Als „Garantie" erhalten sie einen tiefen Grundlohn und darüber hinaus Provisionen auf abgeschlossene Geschäfte und Zuschläge für das

Erreichen von Zielvorgaben.[1] Vom Gesamtlohn müssen auch die hohen Spesen gedeckt werden, die sich aus Fahrkosten oder Restaurantbesuchen mit Kunden ergeben, die man als Kundenberater einzuladen pflegt. Die über den Grundlohn hinausgehenden Lohnbestandteile werden erst nach Jahresende ausbezahlt. Sie können vorbezogen werden, müssen dem Unternehmen aber zurückgezahlt werden, falls man die Beträge nicht erwirtschaftet. Daraus ergibt sich eine potenzielle Schuldenproblematik. Im Fall länger andauernder Misserfolge entsteht ein Teufelskreis, wenn das Gehalt für die nötigen Auslagen nicht ausreicht, weil dann auch wieder das Geld fehlt, um in neue Kundinnen zu „investieren". Durch ihren Leistungsvertrag sind Kundenberater mit Einkommensunsicherheit konfrontiert und einem beständigen Wettbewerb ausgesetzt.

Um Verkaufserfolge wird in den Versicherungsagenturen geradezu ein Kult praktiziert. Durch die monatliche oder gar wöchentliche Überprüfung des Leistungsstands und die interne Veröffentlichung der individuellen Verkaufszahlen wird der interne Wettbewerb zwischen den Kundenberatern angeheizt. In gewissen Agenturen werden wöchentliche Rankings der Berater publiziert. Verkaufserfolge werden darüber hinaus im Gesamtunternehmen zelebriert. Es gibt jährlich stattfindende Feiern und Preisverleihungen, bei denen die „Top Five" der erfolgreichsten Berater prämiert werden. Aus dem Erfolgskult leitet sich eine informelle Statusordnung der Kundenberater ab. Die erfolgreichsten Verkäufer genießen einen Star-Status und spezielle Privilegien. Arbeitsaufwand und Erfolg gelten in der Tätigkeit als weitgehend entkoppelt. Die Tätigkeit der Kundenberater erfordert keine formalen Qualifikationen und wird daher oft von Quereinsteigern ausgeübt, denen sie die Gelegenheit verspricht, bedeutend mehr zu verdienen als in ihren angestammten Tätigkeiten.

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Anforderungen an die Kundenberater stark verändert. Angesichts der stärkeren Profitorientierung gerät die Kundenbeziehung aus dem Fokus, wodurch die traditionell auf die Befriedigung der Kundenbedürfnisse ausgerichtete Berufsethik unter Druck kommt (Menz und Nies 2015, S. 250 ff.). Zudem wurde die Tätigkeit zunehmend standardisiert. So gibt es neben quantitativen Verkaufszielen nun auch Vorgaben, nach welchem Schema ein Beratungsgespräch abzulaufen hat und wie lange es dauern soll. Darüber hinaus sind Kundenberater dazu aufgefordert, Beratungsgespräche zu dokumentieren, um Daten für das Unternehmen zu generieren. Dadurch ist der

---

[1] In der *Komfortia* beträgt der Grundlohn zwei Drittel des Durchschnittslohns der letzten drei Jahre. Zudem gibt es eine Untergrenze, die bei monatlich CHF 4500 brutto liegt (Angabe von 2016). Der monatliche Medianbruttolohn lag 2016 in der Schweiz bei CHF 6502. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/medienmitteilungen.assetdetail.5226936.html [Zugriff am 16.10.2020].

administrative Aufwand enorm gewachsen und die Kontrolle wurde intensiviert. Hinzu kommt eine steigende Komplexität, die dem zunehmenden Einsatz von Software-Applikationen geschuldet ist, von denen sich besonders ältere Berater überfordert fühlen.

7.1.3 IT-Abteilungen

Zwei betroffene Beschäftigte sind in IT-Abteilungen tätig. Die Arbeitsbedingungen der IT-Abteilungen unterscheiden sich deutlich von anderen Dienstleistungstätigkeiten, gerade auch im Hinblick auf die Möglichkeiten für berufliche Wiedereingliederungen, weshalb sie hier separat dargestellt werden. Es zeigen sich Charakteristika, die aus der umfangreichen Forschungsliteratur zur IT-Branche bekannt sind. Nach der ersten Phase der so genannten *New Economy* stellte sich ab den 2000er Jahren in vielen Bereichen der IT-Branche eine Arbeitsrealität ein, die durch eine zunehmende Industrialisierung und Vermarktlichung und damit einhergehende Verluste an Autonomie für die Beschäftigten geprägt ist (Kämpf 2015, S. 141 ff.). Neben der Einführung von kennzahlenbasierten, ergebnisorientierten Steuerungsprinzipien haben Zeit- und Kostendruck zugenommen und Personalkapazitäten wurden verringert. Wie in anderen Dienstleistungstätigkeiten wurden Organisationsprinzipien des *Lean Management* eingeführt, die auf eine Optimierung der Prozesse abzielen und für die Beschäftigten mit einer Leistungsverdichtung verbunden sind (Carter et al. 2013). Diese werden im Bereich der Softwareentwicklung oft mit „agilen“ Methoden kombiniert, die auf Selbstorganisation und Zusammenarbeit im Team setzen (Pfeiffer al. 2014).

Die Bereiche, in denen die beiden Betroffenen arbeiten, sind für die Entwicklung bzw. den Betrieb von IT-Systemen und Software-Applikationen für interne und externe Kundinnen zuständig. Gemeinsam ist den Abteilungen, dass die Beschäftigten einen starken intrinsischen Leistungsanspruch sowie eine hohe Bereitschaft mitbringen, sich in der Arbeit zu engagieren. Die hohen Leistungsansprüche des Teams tragen zum Leistungsdruck bei. Gleichzeitig sind die Abteilungen durch hohen Zeitdruck und mangelnde Personalkapazitäten gekennzeichnet. Vollzeitarbeit ist die Norm. Da IT-Systeme in der Versicherung über Nacht umgestellt werden müssen, werden von Beschäftigten außerdem Zusatzeinsätze in der Nacht oder am Wochenende erwartet.

7.1.4 „Einfacharbeit" in der industriellen Produktion

Bezüglich sozialwissenschaftlicher Verortung als Gegenpol zur qualifizierten Wissensarbeit, für die die IT als Paradebeispiel gilt, lässt sich die so genannte industrielle „Einfacharbeit" einordnen. Als „Einfacharbeit" werden Tätigkeiten bezeichnet, die keinerlei formale Qualifikationen voraussetzen (Abel et al. 2014, S. 15). Im *Industriebetrieb* gibt es einige Tätigkeiten, in denen vor allem Arbeiterinnen ohne Berufsausbildung angestellt sind. Es handelt sich zum Teil um Arbeiten am Fließband, aber auch um handwerkliches Geschick erfordernde manuelle Tätigkeiten oder um die Bedienung von Maschinen in Gruppenarbeit. Die Beschäftigten in der industriellen Einfacharbeit sind nach der Darstellung der Interviewten des *Industriebetriebs* am stärksten von psychischen Erkrankungen betroffen.

Die Beschäftigten sind klassischen, für die Industriearbeit bekannten Belastungen ausgesetzt, wie Schicht- und Nachtarbeit, Monotonie, Lärm, Arbeit in Zugluft oder fensterlosen Räumen. Aufgrund des hohen Anteils repetitiver Serienarbeiten haben viele Abteilungen im Betrieb das Prinzip der *job rotation* eingeführt. Dennoch führt die einseitige physische Belastung zu körperlichen Abnutzungserscheinungen und einer hohen Zahl Langzeitkrankgeschriebener. Der Betrieb hat langjährige Erfahrung mit der Einrichtung von Schonarbeitsplätzen. Diese werden in der Regel nur vorübergehend zur Verfügung gestellt. Bei länger andauernden gesundheitlichen Einschränkungen ist ein Wechsel auf einen weniger beanspruchenden Arbeitsplatz möglich. Zwischen den unterschiedlichen Arbeitsplätzen gibt es eine Anforderungshierarchie. Als anspruchsvoll gelten handwerkliches Geschick erfordernde manuelle Arbeiten sowie die Gruppenarbeit an Maschinen, wo der Takt vorgegeben ist und man sich als Gruppe koordinieren muss. Interne Wechsel auf schonendere Arbeitsplätze sind mit einer Lohneinbuße verbunden. Deshalb kommt es vor, dass Beschäftigte ihre Arbeit unter Schmerzmitteln verrichten, um trotz körperlicher Abnutzung an ihrem besser bezahlten Arbeitsplatz bleiben zu können. Da die Löhne in geringqualifizierten Tätigkeiten tief sind, fällt bereits eine kleine Lohneinbuße stark ins Gewicht. Die hohen physischen Belastungen schlagen sich – so die Ansicht einiger Interviewter – auch auf die Psyche der Beschäftigten nieder. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung sieht sich der Betrieb mit einer Zunahme psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit unter den Beschäftigten in Jobs ohne formale Qualifikationsanforderungen konfrontiert.

7.2 Strategien und Strukturen der Wiedereingliederung

Im Folgenden diskutiere ich verschiedene Maßnahmen, die psychisch erkrankten Beschäftigten den Wiedereinstieg in die Erwerbsarbeit erleichtern, bzw. verhindern, dass überhaupt eine Krankschreibung nötig wird. Zudem analysiere ich, wie die Umsetzbarkeit dieser Maßnahmen durch Formen der Arbeitsorganisation beeinflusst wird.

7.2.1 Spielräume für Krankheits- und Belastungsmanagement

Mit einer Krankheit auf längere Dauer zu leben und sich im Alltag einzurichten, bringt für die Betroffenen in der Formulierung von Juliet Corbin und Anselm Strauss (1985) Managementaufgaben mit sich, deren Bewältigung Arbeit bedeutet. Corbin und Strauss unterscheiden verschiedene Arten solcher Arbeit: *trajectory* bzw. *illness-related work* bezieht sich auf die Bewältigung von Krankheitssymptomen, den Umgang mit Krisen im Krankheitsverlauf und die Einhaltung der ärztlich verordneten Behandlungen. Kranke, die sich nicht in einer Klinik befinden, müssen zudem ihren Alltag bewältigen, also *everyday life work* leisten.[2] Für die Beschäftigten des Samples, die sich im Prozess der Wiedereingliederung befinden, sind beide Arten von Arbeit relevant. Auch wenn sie wieder (teil-)arbeitsfähig sind, sind sie weiterhin von Krankheitssymptomen betroffen und in der Regel geht auch die medizinische Behandlung weiter. *Trajectory* bzw. *illness-related work* ist also mit der Erwerbsarbeit im Unternehmen in Einklang zu bringen. Die Bewältigung der Arbeitsaufgaben am Arbeitsplatz wird mit dem beruflichen Wiedereinstieg zu einem Teil des *everyday life work,* das es unter den veränderten Voraussetzungen des beeinträchtigten Gesundheitszustands zu erledigen gilt.

Nur weil jemand aus ärztlicher Sicht wieder arbeitsfähig ist, heißt das nicht, dass er oder sie die Anforderungen der Arbeitsstelle wieder im vollen Umfang erfüllen kann. Die Bewältigung des Arbeitsalltags kann vermehrte Ruhepausen erforderlich machen, deren Akzeptanz von Seiten der Kolleginnen und Vorgesetzten nicht immer gegeben ist (Charmaz 2010, S. 13). In die Erwerbsarbeit

[2] Corbin und Strauss beziehen sich mit ihrem Konzept auf chronische Krankheiten. Nicht alle psychischen Erkrankungen im Sample sind als chronisch einzustufen. Da die Krankheiten bzw. ihre Symptome und Nachwirkungen aber zum Zeitpunkt des Wiedereinstiegs in die Arbeit in der Regel noch nicht verschwunden sind, passt das Konzept dennoch gut zur Beschreibung der Situation der interviewten Beschäftigten.

zurückkehrende Beschäftigte müssen also nicht nur fortbestehende Krankheitssymptome oder -folgen bewältigen, sondern darauf achten, dass diese sie beim Erbringen der geforderten Arbeitsleistung so wenig wie möglich behindern. Darüber hinaus müssen sie einen Umgang mit den verstärkten Belastungen finden, denen sie durch die Wiederaufnahme der Arbeit ausgesetzt sind. Die Spielräume, die für das so verstandene Krankheits- und Belastungsmanagement bestehen, hängen von den Formen der Arbeitsorganisation ab. Von Bedeutung ist zum Beispiel, ob es Möglichkeiten gibt, Schwankungen im Arbeitsvermögen abzufedern, indem man sich phasenweise weniger einbringt oder gewisse Leistungsstandards oder die bereichsüblichen Arbeitszeiten nicht einhält.

Die Spielräume des Krankheits- und Belastungsmanagements variieren je nach Form der Arbeitsorganisation, die den Beschäftigten unterschiedlich viel Autonomie gewähren bzw. mehr oder weniger zeitliche Puffer lassen. Im *Industriebetrieb* ist der zeitliche Rhythmus vieler Arbeitsplätze durch Automaten oder Gruppenarbeit vorgegeben.[3] Ein Abteilungsleiter erklärt:

> der Automat gibt den Takt an. Und wenn jemand nicht hinterher kommt mit Störungen Beheben, tun sie sich untereinander ein bisschen helfen.

Seine Abteilung eignet sich aus diesem Grund schlecht zur Beschäftigung von Personen, die psychisch angeschlagen sind, wie er anhand eines Beispiels erzählt:

> du kannst nicht eine Person, der es psychisch ... so schlecht geht, wie es dieser Person ging, von einem Arbeitsplatz, wo jemand eine Einzelarbeit, für SICH Arbeit machen kann, in eine Abteilung reingeben, wo er in eine Maschinenabteilung kommt, wo es LAUT ist, wo es den ganzen Tag WWÜÜÜ, so macht, dann muss sie sich in der Gruppe arrangieren können, sie muss vor- und nachgeben können, sie kann sich nicht in den Vordergrund stellen, sie hat auch ... man muss, man muss miteinander arbeiten, muss sich unterstützen, so reingeben.

Der Arbeitsrhythmus an der Maschine und in der Gruppe erzeugen eine Dynamik, in die sich die Beschäftigten einfügen müssen. Es bleibt wenig Raum, nach den eigenen Bedürfnissen Pausen einzulegen oder langsamer zu arbeiten. Dies ist im Rahmen der „Einfacharbeit" im *Industriebetrieb* nur in „Einzelarbeit", wie

---

[3] Gruppenarbeit erhielt in der arbeits- und industriesoziologischen Diskussion Aufmerksamkeit als potenzielles Instrument der Requalifizierung industrieller Arbeit (Lay 2008). Die Auswirkungen auf das Inklusionspotenzial der Industriearbeit wurden weniger thematisiert, scheinen aber gemäß bisherigen Analysen eher negativ zu sein, weil sich gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitskräfte der Arbeitsgeschwindigkeit und den Erwartungen der Gruppe anpassen müssen (siehe auch Foster und Wass 2013).

z. B. der Qualitätskontrolle, möglich. Demgegenüber wird in den Abteilungen der Versicherungen, die Schadenfälle bearbeiten, die Arbeit zwar individuell verrichtet und ist weniger durchgetaktet. Der zeitliche Druck, Kundenanfragen in vorgegebener Frist zu bearbeiten, lässt jedoch ebenfalls wenig Raum für zeitliche Puffer, in denen mit reduziertem Einsatz gearbeitet werden kann.

Die interviewten Kundenberater und IT-Spezialisten verfügen grundsätzlich über mehr Autonomie in der zeitlichen Strukturierung ihrer Arbeit. Kundenberater arbeiten weitgehend auf sich allein gestellt. Die ergebnisorientierte Steuerung lässt ihnen offen, wann, wo und wie viel sie arbeiten. Wenn es ihnen gelingt, trotz Krankheitssymptome genug zu verkaufen, stellt ein schwankendes Arbeitsvermögen kein Problem dar. In einem Fall des Samples trifft dies zu. Die psychische Erkrankung eines Kundenberaters fällt über längere Zeit niemandem im Betrieb auf (vgl. Abschn. 5.2.2). In anderen Fällen schlagen sich psychische Krisen jedoch sehr schnell darin nieder, dass Kundenberater überhaupt nichts mehr verkaufen. Ein BGM-Berater berichtet über einen solchen Fall:

> Ja, dadurch dass er ja Homeoffice gemacht hat, hat man das [seine Krankheit] gar nicht bemerkt, oder. Man hat einfach plötzlich festgestellt, hey du, die Zahlen, die stimmen nicht mehr. Da kommt ja gar nichts mehr.

Die „Zahlen" stellen hier ein Instrument der unmittelbaren Leistungskontrolle dar, über das Schwankungen des Arbeitsvermögens quasi in Echtzeit nachverfolgt werden können und sich in der Form von verfehlten Ertragszielen niederschlagen. In diesem Fall schränkt die ergebnisorientierte Steuerung die Spielräume für ein schwankendes Arbeitsvermögen drastisch ein.

In den IT-Abteilungen und gewissen administrativen Abteilungen der Versicherungen besitzen die Beschäftigten ebenfalls Spielräume in der zeitlichen Strukturierung ihrer Arbeit. Diese werden aber mitunter durch den starken Zeitdruck eingeschränkt oder durch periodische Schwankungen des Arbeitsvolumens, die im Zusammenhang mit Jahresabschlüssen stehen. Simon Rohner (Fallbeispiel 5.1) beschreibt eine Situation, in der er kurz vor Jahresabschluss Änderungen an einem IT-System umsetzen sollte, die ihm aber nicht gelangen. Sein Scheitern ist für ihn ein Zeichen, dass er die negativen Auswirkungen seiner Krankheitssymptome auf die Arbeit nicht mehr unter Kontrolle hat und wird für ihn zum Anlass, sich krankschreiben zu lassen.

> Und das sind dann schon Momente, also ich ... ich habe zwei Mal dieses System zurückgestellt, das ist mir seit Jahren nicht mehr passiert. Ehrlich. Und es ist meistens etwas, wo man sagen muss, die Vorbereitung ist nicht gut gewesen, man hat gewisse Sachen übersehen, ja, es hat seinen Grund, weil im Normalfall geht man durch einen

> Change hindurch und ... und das neue System läuft. ((haut auf den Tisch)) Ja, es tut auch weh. Also muss es jetzt eigentlich wirklich, ich habe dort einen hohen Anspruch an mich. Und mir hat das absolut weh getan. Ich habe zwei Mal im Prinzip irgendso um elf gesagt, hey Junge, jetzt musst du, für mich ist jetzt einfach ... finito. Jetzt abstellen, retour, ich sehe es einfach nicht mehr.

Simon Rohner beschreibt, wie er an einer Aufgabe, die ihm sonst problemlos gelingt, gescheitert ist. Erklärend fügt er hinzu, dass er einen „hohen Anspruch“ an sich hat. Die geschilderte Situation ist jedoch nicht nur seinen hohen Ansprüchen an sich geschuldet, sondern auch im organisationalen Kontext zu betrachten: Er befindet sich in einem Spezialeinsatz am späten Abend, den er zusätzlich zu seinem Vollzeitpensum bewältigen soll. Die geringe Fehlertoleranz steht im Zusammenhang mit dem Zeitpunkt vor Jahresende, an den eine *„frozen zone“* anschließt, eine Phase, in der möglichst keine Änderungen an IT-Systemen mehr vorgenommen werden sollen. Dass er seine Fehler als so fatal erachtet, hat also mit diesen organisationsspezifischen Rhythmen und Strukturen zu tun, die im aktuellen Moment wenig Spielraum für Fehler bzw. ein schwankendes Konzentrationsvermögen zulassen.

Im betrieblichen Gesundheitsmanagement lassen sich Ansätze zur Verbesserung der Möglichkeiten zum Krankheits- und Belastungsmanagement ausmachen. In der *Celestia* wird in Führungs- und Mitarbeiterschulungen das so genannte „80-20-Prinzip“ propagiert. Als Methode des Zeitmanagements soll es helfen, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren, Aufgaben nicht perfektionistisch anzugehen, sondern auch einmal etwas abzuschließen, wenn nur 80 % des gewünschten Resultats erreicht sind. Die BGM-Leiterin räumt ein, dass dieses Prinzip nicht für alle Beschäftigten umsetzbar ist, gerade wenn von Vorgesetzten eine hundertprozentige Leistungserfüllung erwartet wird. Das Beispiel stützt die von Nick Kratzer und Wolfgang Dunkel (2011) formulierte These, dass Gesundheits- und Leistungspolitik in Unternehmen entkoppelt erfolgen, wodurch die Effektivität von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung eingeschränkt wird. Die Interventionen zur Gesundheitsförderung setzen zudem auf der individuellen Ebene an und sind bezüglich ihres Nutzens für ein besseres Krankheits- und Belastungsmanagement eher als begrenzt einzuschätzen. Mehr Gewicht haben Interventionen des Managements, die der Reduktion von Belastungen oder der Ermöglichung von zeitlichen Puffern dienen. Mehrere Vorgesetzte des Samples berichten, dass sie durch eine an die individuelle Situation angepasste Arbeitszuteilung informelle Möglichkeiten zum Krankheits- und Belastungsmanagement schaffen. Dies ist aber wiederum nur in Arbeitsbereichen möglich, in denen Aufgabenprofile hinreichend flexibel definiert sind (vgl. Abschn. 7.2.4).

7.2.2 Organisation der Abwesenheit

Psychische Erkrankungen führen in vielen Fällen zu längeren Krankschreibungen. Betriebe müssen in dieser Zeit einen Umgang mit dem Ausfall der betroffenen Arbeitskräfte finden. Das Fehlen einer Arbeitskraft führt zu organisatorischen Herausforderungen. Meist kann die Arbeit der Erkrankten nicht einfach liegen bleiben. So müssen Aufträge fertiggestellt und Kundenanfragen fristgerecht bearbeitet werden. Die Arbeit der betroffenen Beschäftigten wird in den meisten Fällen auf die am Arbeitsplatz verbleibenden Mitarbeitenden verteilt. Das vorübergehende Anstellen einer Vertretung wird nicht in Betracht gezogen. Als Begründung verweisen Vorgesetzte darauf, dass man nicht wisse, wann die betroffene Person zurückkehrt. Zudem argumentieren einige Interviewte, dass die Rekrutierung einer Stellvertretung ein erster Schritt wäre, die erkrankte Arbeitskraft dauerhaft zu ersetzen. Das Verzichten auf eine Stellvertretung wird entsprechend mit dem Wunsch der Erkrankten begründet, an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren. Außerdem sind die erkrankten Beschäftigten noch im Personalbudget aufgeführt, obwohl ihre Löhne – zumindest in den beiden Versicherungen – über die Krankentaggeldversicherung gedeckt sind. In den beiden Versicherungsunternehmen wird die Rekrutierung von Aushilfskräften durch den Stellenplan verunmöglicht, der eine fixe Obergrenze an Vollzeitäquivalenten pro Abteilung festlegt. Dies ist vor allem in größeren Unternehmen ein übliches betriebliches Format (Nadai et al. 2019, S. 153).

Je nach Steuerungsmodus verfügen Vorgesetzte über die Möglichkeit, die Auslastung ihres Bereichs zu regulieren. Vor allem im *Industriebetrieb* werden solche Möglichkeiten benannt: hier können Abteilungsleiter bei Personalmangel entscheiden, dass sie weniger Aufträge annehmen. Ein Abteilungsleiter erinnert sich an den Langzeitausfall einer Mitarbeiterin: „man hat dann einfach hier in Kauf genommen, dass halt irgendwie ab und zu eine Arbeit weniger gemacht gewesen ist oder respektive eine Maschine weniger gelaufen ist". In vielen betrachteten Organisationseinheiten, vor allem in den Versicherungen, gibt es diese Möglichkeit nicht. Das Leistungsvolumen ist durch das Management vorgegeben und kann durch Team- oder Bereichsleiterinnen nicht an den effektiven Personalbestand angepasst werden. Dies führt dazu, dass beim Ausfall eines Teammitglieds dessen Arbeitspensum von den verbleibenden Mitarbeiterinnen erledigt werden muss. Eine Krankschreibung verursacht somit eine Mehrbelastung der am Arbeitsplatz verbleibenden Arbeitskräfte. Krankgeschriebene, die sich dessen bewusst sind, stehen unter Druck, rasch an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren, um ihren Kollegen nicht zur Last zu fallen. Gleichzeitig kann sich

aus der Mehrbelastung durch den Ausfall einer Arbeitskraft eine Kettenreaktion entwickeln, die weitere überlastungsbedingte Ausfälle zur Folge hat, wie ein Interviewter erklärt:

> wenn jetzt ich zum Beispiel ausfalle, haben ja dann wieder meine Arbeitskollegen im Prinzip ja eine höhere Belastung, das ist ja ... das ist ja im Prinzip so eine Art Teufelskreis, dann komme ich wieder zum Wiedereingliedern, aber dafür lüpfts dann jemand anderen, weil der dann eben auch monatelang eine Doppelbelastung gehabt hat.

Angesichts des beschriebenen drohenden Teufelskreises haben Vorgesetzte ein Interesse, ihre Teams nicht zu stark zu beanspruchen. Sie befinden sich im Dilemma zwischen der Sorge für die Beschäftigten und dem Druck, die Leistungsvorgaben zu erfüllen. Der Leiter einer IT-Abteilung spricht diesbezüglich von einer „Zerreißprobe“.

> wir sind als Team eigentlich schon vorgängig komplett überlastet gewesen und es ist nicht eine neue Situation gewesen, es ist einfach, es hat sich NOCH mehr verschärft. Ich habe das probiert, bei uns innerhalb ... der Organisation weiter zu eskalieren, aber, das ist nicht verstanden worden. Und das ist dann mehr eine Zerreißprobe dann für mich persönlich gewesen, ... dass wir nicht mehr entsprechend haben liefern können.

Der Ausfall eines Mitarbeiters führt angesichts des ohnehin bestehenden Mangels an Personal zu einer Verschärfung der Überlastung seines Teams. Seine Versuche, beim Management Mittel zur Bewältigung der Lage zu beantragen, scheitern. Die Situation, nicht mehr den Vorgaben entsprechend „liefern“ zu können, erlebt er als große Belastung. Vorgesetzte haben die Verantwortung für das Erreichen der Leistungsvorgaben ihrer Teams und stehen insofern gegenüber dem höheren Management unter Legitimationsdruck. Dieser Druck zeigt sich deutlich im folgenden Zitat der Leiterin einer Abteilung, die Schadenfälle bearbeitet:

> Der Vorgesetzte von uns hat auch relativ viel Verständnis, das kann man ihm auch mal erklären, also wenn er sagt, du, hast du gesehen, die Zahlen sind wieder gestiegen, also man, man sieht anhand von den Zahlen, also an der Anzahl Schadenfälle, oder, respektive von den Durchlaufzeiten von diesen Schadenfällen, sieht man ja, wenn sie dann, wenn wir länger BRAUCHEN, um die zu bearbeiten, kommt er dann jeweils schon und sagt, du, die Durchlaufzeiten haben zugenommen und dann sage ich jeweils auch, du, wundere dich nicht, ich habe einen weniger, oder.

Die Leiterin der für Schadenfälle zuständigen Abteilung erläutert die Leistungskontrolle durch ihren Vorgesetzten: Die Leistung ihres Teams bemisst sich am

Stand der noch zu bearbeitenden Fälle bzw. an der Geschwindigkeit der Fallbearbeitung. Fehlt ein Teammitglied, so steigt der Stand der zu bearbeitenden Fälle wie auch die Kennzahl der Bearbeitungsdauer an. Die Formulierung, dass ihr Vorgesetzter für diese Situation „Verständnis" aufbringt, klingt zwar positiv, verdeutlicht aber, dass die Abteilungsleiterin unter dem Druck steht, die Leistungsverschlechterung zu erklären und zu verantworten. Das Beispiel belegt, wie Formate der Leistungssteuerung dazu beitragen, dass Personalausfälle für Führungskräfte zum Problem werden, indem sie zu Rechtfertigungsbedarf gegenüber höheren Vorgesetzten führen.

Wenn Krankheitsausfälle für Linienvorgesetzte bedeuten, dass sie sich vor ihren Vorgesetzen für das Verfehlen von Leistungszielen rechtfertigen und gleichzeitig eine Überlastung ihres Teams in Kauf nehmen müssen, ist mit einer sinkenden Toleranz für solche Fehlzeiten zu rechnen. Die zitierte Abteilungsleiterin argumentiert im Fall eines Beschäftigten, der aufgrund einer Depression wiederholt ausfällt, die regelmäßig entstehenden Mehrbelastungen seien „dem Team" nicht „zuzumuten". Der Druck, ein krankheitsbedingt eingeschränktes Arbeitsvermögen zu plausibilisieren, ist unter den beschriebenen Bedingungen groß (vgl. Abschn. 5.3.1). In einem solchen Kontext steigt auch der Rechtfertigungsbedarf weiterer Eingliederungsmaßnahmen. Wenn bereits der Ausfall eines Kollegen zu einer Mehrbelastung des Teams geführt hat, ist dessen Toleranz für weitere Maßnahmen, wie z. B. die Anpassung von Aufgaben beim Wiedereinstieg, begrenzter. Zumindest von sich aus werden Vorgesetzte unter diesen Umständen wenig gewogen sein, solche Maßnahmen zu initiieren.

Nicht in allen Abteilungen wird die Arbeit der Krankgeschriebenen einfach auf das restliche Team verteilt. Gewisse Bereiche der Versicherung *Celestia* und des *Industriebetriebs* haben in Formate zur Abfederung krankheitsbedingter Leistungsausfälle investiert. Der *Industriebetrieb* betreibt einen internen Personalverleih: Abteilungen, die zu einem Zeitpunkt wenig Aufträge haben, leihen ihre Beschäftigten an Abteilungen mit personellen Unterkapazitäten. Dies ist jedoch nur in Tätigkeiten mit ähnlichen Aufgaben oder schneller Einarbeitungszeit möglich. Eine Sachbearbeiterin der *Celestia* erwähnt einen internen Pool von Mitarbeitenden, die für Stellvertretungen zur Verfügung stehen. In den beiden Versicherungen werden darüber hinaus Ad-hoc-Stellvertretungslösungen erwähnt. Diese haben jedoch meist Ausnahmecharakter und hängen von Zufällen und der Willkür von Vorgesetzten ab. Während des Langzeitausfalls des Kundenberaters Erich Müller beauftragt der Agenturleiter Paul Conradi einen Stellvertreter mit der Betreuung von dessen Kunden:

> Und dort habe ich jetzt Glück gehabt, dass ich ... mit dem Leiter Innendienst Kapazität habe, wo der im Prinzip reaktiv diese Kunden hat betreuen können.

Die Ernennung eines Stellvertreters ist nach der Aussage Paul Conradis dem Zufall geschuldet, dass er gerade über personelle Ressourcen verfügte. Eigentlich handelt es sich beim ernannten Stellvertreter um den ehemaligen Leiter des Innendiensts der Agentur, der seinen Posten nach einer Umstrukturierung verloren hatte. Anstatt ihn zu entlassen, beschloss Paul Conradi, ihn für diverse administrative, zuarbeitende Funktionen weiterzubeschäftigen. In diesem Fall handelte Paul Conradi im Interesse, Erich Müller den Wiedereinstieg zu erleichtern. Eine längere Abwesenheit ist nämlich im Falle der Kundenberater weniger für die Kollegen, sondern primär für den krankgeschriebenen Kundenberater selbst problematisch, weil er Kundinnen aus seinem Portfolio verliert, die in dieser Zeit zu anderen Beratern wechseln.

In einem anderen Fall kann ein Vorgesetzter die Spezialaufträge einer krankgeschriebenen Sachbearbeiterin an eine andere Agentur delegieren, da innerhalb der eigenen Agentur niemand die erforderlichen Kompetenzen besitzt:

> ich habe meinen Kollegen von [A-Stadt], der hat einen Mitarbeiter und dann haben wir die Telefone von ihr dorthin umleiten können, er hat den Postkorb von ihr elektronisch angeschaut und hat diese ... diese Ware gemacht. Auch jetzt noch, die Tage, wo sie nicht da ist. Aber der ist natürlich irgendwann dann auch am Anschlag, oder, und, den muss man dann auch pflegen, oder, ich habe dann dem auch regelmäßig irgendein Geschenk hochgeschickt oder irgendetwas gemacht, oder, so ein bisschen emotional ins Boot hineinholen.

Die Stellvertretungslösung wird durch die Kooperation des Kollegen in der anderen Agentur ermöglicht, der aus gutem Willen zusätzliche Arbeiten übernimmt. Um sich für den Gefallen erkenntlich zu zeigen, verfolgt der Vorgesetzte die Strategie der symbolischen Gegenleistungen, indem er ihm kleine Geschenke und Aufmerksamkeiten zukommen lässt. Die beschriebenen Ad-hoc-Stellvertretungen sind im Vergleich zu den institutionalisierten Stellvertretungslösungen wesentlich instabiler. Sie hängen von zufällig vorhandenen Ressourcen, sozialen Beziehungen und der Willkür von Vorgesetzten ab. Aufgrund ihres Ausnahmecharakters können sie leicht als unangemessen und ungerecht kritisiert werden.

In den Versicherungen gibt es Akteurinnen, die sich dafür einsetzen, vermehrt in Formate zur personellen Abfederung von Krankheitsausfällen zu investieren. Diese Vorschläge sind jedoch intern umkämpft. Die BGM-Leiterin der *Celestia* setzt sich für ein Modell ein, bei dem Pensionierte für kurze Krankheitsstellvertretungen ins Unternehmen zurückgeholt werden können und finanzielle Mittel

für ihren Einsatz zur Verfügung stehen. Paul Conradi, Agenturleiter in der *Komfortia,* lehnt dagegen fixe Stellvertretungsangebote ab, weil er davon ausgeht, dass dies bei den Beschäftigten den Anreiz zur Arbeit zurückzukehren, abschwächen würde. Festzuhalten ist, dass institutionalisierte Formen, die Stellvertretungen garantieren, die Mehrbelastung der verbleibenden Kolleginnen verringern würden. Verringert würde dadurch auch der Rechtfertigungsdruck anschließender Eingliederungsmaßnahmen.

7.2.3 Stufenweiser Wiedereinstieg

Die stufenweise Wiedereingliederung, auch als therapeutisches Teilzeitpensum bezeichnet, ist in den drei Unternehmen und auch darüber hinaus eine der gängigsten Wiedereingliederungsmaßnahmen bei psychisch erkrankten Beschäftigten (McDowell und Fossey 2014; Voswinkel 2017c; Windscheid 2019b). Die Idee besteht darin, dass die Erkrankten zunächst nur mit einem sehr kleinen Pensum wieder in ihre Arbeit einsteigen, welches in Wochen- oder Monatsschritten gesteigert wird, bis sie ihr früheres Arbeitspensum wieder erreicht haben. Das Vorgehen ist abgestützt durch Therapeutinnen und ärztlich ausgestellte Teilarbeitsfähigkeiten. Es beruht auf der Annahme, dass die erkrankten Beschäftigten schrittweise den Anforderungen ihrer Arbeit wieder ausgesetzt werden und sich langsam an diese gewöhnen, bis sie wieder fähig sind, ihr früheres Pensum zu bewältigen. Eine Personalverantwortliche erläutert das Vorgehen:

> was sicher ein Vorteil ist in der *Komfortia,* ist, dass man ... wenn jemand krank gewesen ist, dass wir sagen bei der Integration, dass jemand auch wirklich Teilzeit zurück kommen kann. Es gibt ja viele Arbeitgeber, die sagen, ja nur 50 oder 100, gleich wieder 100 und wir merken einfach, dass die Leute dann sehr stark überfordert sind, weil wenn man dann zwei drei Monate ausgefallen ist und dann von einem Tag auf den anderen wieder 100 Prozent arbeiten muss, ist das auch sehr eine große psychische Belastung im Sinn von, hey, ich muss wieder, morgen muss ich wieder VOLL 100 Prozent leisten, ich weiß gar nicht, ob ich das schaffe. Und ... wir fangen zum Teil wirklich so mit 20 Prozent an und tun dann mit dem Arzt zusammen besprechen, wie können wir steigern.

Die drei Unternehmen befürworten zudem einen möglichst *raschen* Wiedereinstieg im Teilzeitpensum. Die zitierte Personalverantwortliche führt weiter aus:

> wir WOLLEN, dass jemand möglichst schnell wieder an den Arbeitsplatz zurückkehrt, aber ... er darf mit ganz tiefem Pensum anfangen.

Mit dem Fördern eines frühen Wiedereinstiegs entsprechen die Unternehmen den sozialpolitischen Empfehlungen zur beruflichen Wiedereingliederung psychisch Erkrankter (OCED 2012; 2014). Ein früher Wiedereinstieg soll den langfristigen Verlust des Arbeitsvermögens verhindern und die Beziehung zwischen Beschäftigten und Betrieb aufrechterhalten.[4] Dabei soll auch der Betrieb Schritt für Schritt wieder von ihrer Arbeitskraft profitieren. Aus therapeutischer Sicht gilt Arbeit der Rehabilitation als zuträglich, weshalb auch die behandelnden Psychologen und Ärztinnen eine frühe Rückkehr in Teilzeit an den Arbeitsplatz befürworten. Arbeit soll eine Tagesstruktur geben, die soziale Integration fördern und für Sinnstiftung sorgen. Daher gilt sie als Faktor der Resilienz und „Selbstheilung" (Engelbach und Haubl 2017).

Im Datenmaterial der vorliegenden Studie zeigt sich zum einen, dass die stufenweise Wiedereingliederung nicht in allen Arbeitsbereichen gleich gut umsetzbar ist und zum anderen, dass ein reduziertes Arbeitspensum nicht in jedem Fall mit einer reduzierten Arbeitsbelastung gleichzusetzen ist. Die Idee, dass Arbeit in wohldosiertem Maß zur Rehabilitation beiträgt, geht von der Vorstellung eines idealen Jobs aus, dem die Arbeitsrealität in den meisten Fällen des Samples nicht entspricht. Wie Ida Seing et al. (2015) festhalten, ist das Konzept eines *early return to work* insbesondere in Bereichen mit einer hoher Arbeitsintensität fragwürdig.

Da Arbeit in Kleinstpensen, die auf mehrere Tage verteilt werden, nicht den üblichen Beschäftigungsverhältnissen der untersuchten Betriebe entspricht, bedeutet die Umsetzung eines therapeutischen Teilzeitpensums, dass den Betroffenen Aufgaben zugeteilt werden müssen, die sich innerhalb von zwei Stunden erledigen lassen. Eine Personalverantwortliche erklärt:

> schlussendlich ist es, wenn man mit 20 Prozent anfängt, ist das, mal ankommen, Computer anschalten, das Mail anschauen und dann ist die Zeit schon wieder um, oder?

In den administrativen Bereichen und Backoffice-Tätigkeiten der Versicherungen lassen sich solche Arbeiten in der Regel leicht organisieren. Die wiederkehrenden Beschäftigten erhalten ein an ihr reduziertes Pensum angepasstes Aufgabenpaket

---

[4] Die sozialpolitische Empfehlung einer möglichst frühen Wiedereingliederung beruht auf empirischen Befunden, denen zufolge die berufliche Reintegration unwahrscheinlicher wird, je länger eine Person nicht arbeitet (OECD 2012, S. 16).

zugeteilt oder sie werden für spezifische, als einfach geltende Zusatztätigkeiten eingesetzt, wie zum Beispiel das Sortieren von Post in einer für die Bearbeitung von Schadenfällen zuständigen Abteilung. Eine Vorgesetzte berichtet:

> Am Anfang ist es nur Post Sortieren gewesen, also, elektronisch Post Sortieren, am Anfang nichts anderes, aber die sind schon dankbar gewesen, dass sie überhaupt das am Anfang haben machen können.

Im *Industriebetrieb* werden Beschäftigte, die in kleinen Teilzeitpensen an den Arbeitsplatz zurückkehren, typischerweise in der Qualitätskontrolle eingesetzt – eine Arbeit, die sich individuell und zeitlich losgelöst von den verketteten Produktionsabläufen des Betriebs erledigen lässt.

Die Organisation von Arbeiten in Kleinstpensen hängt davon ab, ob a) angefangene Arbeiten bei Arbeitsschluss an Kolleginnen weitergegeben werden können, b) Leistungsvorgaben flexibel an die Situation angepasst werden können, c) ob sich Arbeitsbelastungen über die Anwesenheitszeit tatsächlich regulieren lassen und d) ob Teilzeitarbeit als normal und legitim angesehen wird. Herausforderungen ergeben sich in den IT-Abteilungen, dem Außendienst und in gewissen Abteilungen des *Industriebetriebs.* Bezüglich der Weitergabe angefangener Arbeiten bei verfrühtem Arbeitsschluss (a) bemerkt ein Abteilungsleiter des *Industriebetriebs,* dies sei „Blödsinn, auch von der Produktivität her." Wenn eine Maschine einmal läuft, kann der Produktionsvorgang nicht gestoppt werden. Als Abteilungsleiter müsste er jemanden als Ablösung einteilen, den er aber dann in der Zeit vor der Ablösung nirgendwo sinnvoll einsetzen kann. Das Beispiel veranschaulicht, dass die Möglichkeiten zur Einrichtung eines Teilzeitpensums von den Formaten der Arbeitsplanung und -zuteilung abhängen. Wenn diese kein Teilzeitpensum vorsehen, kann ein reduziertes Pensum die Produktivität beeinträchtigen. In einem solchen Fall besteht die einzige Möglichkeit, ein therapeutisches Teilzeitpensum umzusetzen, darin, auf einen institutionalisierten Schonarbeitsplatz zu wechseln. Dies bedeutet aber, die eigene Abteilung und damit das gewohnte soziale Umfeld zu verlassen und eine Tätigkeit auszuführen, die der eigenen Qualifikation ggf. nicht entspricht.

Im Versicherungsaußendienst ist es nicht üblich, Leistungsvorgaben anzupassen (b): die quantitativen Verkaufsziele sind fest vorgegeben. Damit zusammenhängend lässt sich die Arbeitsbelastung nicht über die Anwesenheitszeit regulieren (c). Der Leiter einer Agentur schildert das Problem folgendermaßen:

> das Problem ist einfach, ein Außendienstler[5] kann pro Woche vielleicht drei Stunden arbeiten. Wenn er es schafft, dass er die besten Verträge unterschreibt in diesen drei Stunden, verdient er sich DUMM und DÄMLICH. Oder? ABER er kann auch 50 Stunden arbeiten. Also, Stundenansatz ist KEIN THEMA. Oder. Weil das Problem ist, ... selten, es sind selten Themen, dass ... Arbeitszeit. Es ist das Thema vom Stress per se.

Im Job des Kundenberaters ergibt ein therapeutisches Teilzeitpensum – so die Meinung des Agenturleiters – keinen Sinn, weil der Leistungsdruck unabhängig von der Arbeitszeit ist. Zwei Personalverantwortliche erwähnen demgegenüber Zusatzarbeiten, die Kundenberatern in der Wiedereingliederung zugeteilt werden, die außerhalb ihres eigentlichen Aufgabenprofils liegen, wie Bilder aufhängen in neuen Gebäuden, E-Mails oder Briefe verschicken für eine Werbeaktion. Diese haben allerdings eher den Charakter von Beschäftigungsmaßnahmen und erfüllen nicht die Funktion eines langsamen Wiederaufbaus der Belastbarkeit im eigentlich ausgeübten Beruf. Die Formate der Arbeitsorganisation, wie zum Beispiel die Systeme der Leistungssteuerung beeinflussen also die Umsetzbarkeit eines therapeutischen Teilzeitpensums.

Nicht zuletzt hängt es davon ab, wie verbreitet und akzeptiert Teilzeitarbeit in einer Abteilung ist, ob sich ein therapeutisches Teilzeitpensum umsetzen lässt (d). Der Vorgesetzte einer Software-Abteilung, in der Vollzeitarbeit die Regel ist, berichtet, dass es organisatorisch unproblematisch sei, Arbeiten zusammenzustellen, die sich innerhalb von wenigen Arbeitsstunden erledigen lassen. Simon Rohner aus dem Fallbeispiel 5.1 steigt offiziell mit einem Teilzeitpensum wieder ein. Er erlebt dieses jedoch als rechtfertigungsbedürftig und auch sein Teamleiter spricht davon, dass das Team es „akzeptiert“ habe, was darauf hindeutet, dass diese Akzeptanz nicht selbstverständlich ist. Während der Teamleiter die *Akzeptanz* der Kollegen durch die Botschaft, dass es sich um eine „Win-win“ Situation handelt, *herzustellen* versucht, entscheidet sich der Betroffene für eine *Kompromisslösung*. Ein konsequentes Festhalten an den reduzierten Arbeitszeiten stellt sich für ihn in der praktischen Umsetzung als schwierig heraus, weshalb er die Maßnahme nur *teilweise umsetzt* (vgl. Abschn. 5.4.1). Zum Interviewzeitpunkt arbeitet er bereits wieder 80 %, kann dieses Pensum nach eigener Aussage aber nicht einhalten:

> es tönt ja so lustig, Sie arbeiten 80 Prozent, eigentlich arbeite ich sehr unterschiedlich, also ich habe jetzt letzte Woche 130 gearbeitet, vorletzte Woche etwa 90, ... ich kann gar nicht genau 80 arbeiten. Also das ist jetzt etwas, wenn ich eine Woche

[5] Umgangssprachlicher Ausdruck für Kundenberater.

> Pikett[6] übernehme. Das ist jetzt eben etwas. Ich meine, ich habe schon einen Chef, ich könnte meinem Chef einfach sagen, hey, ich glaube nicht, dass es gut ist für mich. Und dann, ich bin fast sicher, er würde sich dessen annehmen. Auf der anderen Seite ist es natürlich auch so, wenn ich jetzt wieder komme und sage, hey, ich kann meine Pikett-Woche nicht machen. Was MUSS er machen, er muss sich einen anderen im Team suchen und sagen, hey, kannst du für den Simon Pikett machen. Macht jetzt aber gerade für GAR keinen Spaß. Also so gesehen probiere ich natürlich schon so, dass ich so etwas nicht abgeben muss.

Simon Rohner beschreibt in diesem Zitat, dass er sein aktuelles Teilzeitpensum von mittlerweile 80 % flexibel handhabt, je nachdem wie sehr seine Arbeitskraft im Team gefragt ist. Die notorisch mangelnden Personalkapazitäten sowie die Selbstverständlichkeit der Bereitschaft zu zusätzlichen Arbeitseinsätzen führen dazu, dass er eher mehr arbeitet als eigentlich vereinbart. Simon Rohner ist sich zwar des Verständnisses seines Vorgesetzten gewiss, dennoch betrachtet er es als eine Frage der Kollegialität gegenüber seinem Team, sich für Pikett-Dienste zur Verfügung zu stellen. Das Arbeitsumfeld Simon Rohners zeigt exemplarisch, dass ein vorübergehendes Teilzeitpensum schwierig einzuhalten ist, wenn vom gesamten Team ein permanent hoher Arbeitseinsatz verlangt wird. Ein früher Wiedereinstieg mit reduziertem Pensum führt hier also dazu, dass sich die Beschäftigten früh wieder an den hohen Leistungsanforderungen orientieren müssen (Vossen et al. 2017; Gonon 2019).

Im unmittelbaren Anschluss an das obige Zitat führt Simon Rohner aus, was es für ihn bedeutete, den Pikett-Dienst zu übernehmen:

> Und die Pikett-Woche, ich muss sagen, ich habe jetzt nicht einmal eine schlimme gehabt, aber ich habe schon gespürt, das bringt mich ins Rotieren, weil ich MUSS ((haut auf den Tisch)) am Morgen um sieben hier sein, ich bin am Abend um fünf noch hier, für mich heißt das, ich gehe zu Hause am Morgen um sechs und ich komme am Abend um sechs nach Hause. Doch. Das ist dann für mich schon eine Woche, in der ich, ich kann eigentlich schon mal die zeitliche Präsenz nicht zurückfahren. Die muss ich bringen. Im Minimum. Und ich habe es auch gespürt. Ich habe klar gespürt, Montag, Dienstag, Mittwoch, ich bin durch die Woche hindurch ... jeden Tag ein bisschen unruhiger gewesen.

Das Fehlen der Möglichkeit, seine „zeitliche Präsenz zurückzufahren“, die eigentlich durch das therapeutische Teilzeitpensum garantiert sein sollte, bedeutet für Simon Rohner ein erschwertes Krankheits- und Belastungsmanagement. Er spürt nach eigener Aussage, wie er „ins Rotieren“ kommt, also die Kontrolle verliert und jeden Tag „ein bisschen unruhiger“ wird. Der Nutzen eines frühen

[6] Bereitschaftsdienst.

Wiedereinstiegs über ein vermeintliches Teilzeitpensum ist in so einer Situation fraglich. Primär profitiert der Betrieb davon, der wieder über die Arbeitskraft des Erkrankten verfügt.

Sowohl für die praktische Organisierbarkeit eines Teilzeitpensums als auch für den entstehenden Rechtfertigungsbedarf spielt es eine Rolle, ob Teilzeitarbeit in einem Unternehmen oder einer Abteilung an sich üblich ist. In den Versicherungen wird Teilzeitarbeit als fortschrittliches Beschäftigungsmodell gefördert. Dennoch gilt für gewisse Funktionen, dass man nur in Vollzeit ernsthaft mitarbeiten kann. Der IT-Mitarbeiter Lars Flury erwähnt zwar, dass einige, vorwiegend weibliche Mitarbeiterinnen in seiner Abteilung Teilzeit arbeiten. Für ihn scheint das Teilzeitpensum während seines Wiedereinstiegs trotzdem nichts Selbstverständliches gewesen zu sein. Im Interview formuliert er, er habe sich „diese Freiheit herausgenommen", es „durchgezogen" und nicht einmal seinen Vorgesetzten oder das HR konsultiert. Dies erweckt den Eindruck, als hätten der Vorgesetzte und das HR nach seinem Empfinden in dieser Frage ein Mitspracherecht gehabt. Vor dem Hintergrund, dass das Teilzeitpensum durch das Format einer ärztlich bescheinigten Teilarbeitsfähigkeit abgestützt ist, mögen diese Formulierungen erstaunen. Sie verdeutlichen aber umgekehrt die implizite Erwartung, in dieser Funktion Vollzeit zu arbeiten und verweisen auf den Rechtfertigungsbedarf, den ein gedrosseltes Arbeitsengagement – auch aus der Sicht der Betroffenen – erzeugt. Lars Flury erklärt seinen Wunsch, Vollzeit zu arbeiten, auch mit seinem persönlichen Charakter:

> und ... ich glaube es kommt immer ein bisschen auf den Typ an, ich bin halt jemand, ich bin gern involviert, ich bin jeweils gern auf dem Laufenden und DAS habe ich schon gemerkt, wenn du halt nicht mehr 100 Prozent da bist, nur schon wenn du einen Tag, zwei fehlst, 80, oder ja, nur schon 80 Prozent, einen Tag nicht arbeitest, du bekommst nicht mehr alles mit, es geht etliches an dir vorbei, es läuft nicht mehr alles, ja, ... du bist einfach nicht mehr gleich informiert.

Aus diesen Beschreibungen geht hervor, dass die Vorliebe für Vollzeitarbeit durch die Arbeitsrealität der nach „agilen" Prinzipien organisierten Abteilung, wenn nicht geprägt, so zumindest zusätzlich verstärkt wird: Die schnellen Arbeitszyklen erzeugen eine hohe Arbeitsdichte und führen dazu, dass man an jedem Tag, an dem man abwesend ist, für den Arbeitsprozess wesentliche Schritte verpasst und damit auch an Mitsprache- und Gestaltungsmöglichkeiten in einem durch die hierarchielosen Mitarbeitenden selbstorganisierten Projekt einbüßt. An diesem Beispiel zeigt sich, dass eine Firma Teilzeitarbeit zwar fördern kann, es letztlich aber von den abteilungs- und funktionsspezifischen Formen der Arbeitsorganisation und Leistungssteuerung abhängt, inwiefern ein Teilzeitpensum – und damit

im Zusammenhang – ein (zeitweilig) gedrosseltes Arbeitsengagement als legitim erscheinen.

7.2.4 Anpassung von Aufgaben

Die Wiedereingliederung über ein stufenweise gesteigertes Teilzeitpensum ist eine der gängigsten Maßnahmen zur Reintegration psychisch erkrankter Mitarbeitender. Wie Voswinkel (2017c, S. 279) bemerkt, geraten angesichts des Fokus auf den stufenweisen Wiedereinstieg „nachhaltigere" Maßnahmen, wie die Anpassung von Arbeitsaufgaben tendenziell aus dem Blick. Die Anpassung von Arbeitsplätzen und -aufgaben an die Fähigkeiten und Bedürfnisse von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen gilt seit der Bewegung für die Rechte von Menschen mit Behinderungen als angemessenste Methode der Arbeitsintegration (Foster und Wass 2013, S. 706).[7] Mit Anpassungen sind sowohl Anpassungen der materiellen Infrastruktur am Arbeitsort gemeint als auch Anpassungen von Stellenprofilen, Arbeitszeiten und Arbeitsabläufen, die es den Betroffenen erleichtern, ihre Arbeit zu erledigen.

Studien zur Umsetzung von Wiedereingliederungsmaßnahmen in Unternehmen kommen zum Schluss, dass Arbeitsbedingungen dabei wenig thematisiert oder in Frage gestellt werden (Voswinkel 2017c, S. 275; Nadai et al. 2019, S. 105; Seing et al. 2015). Dies zeigt sich auch im Datenmaterial der vorliegenden Studie. *Dauerhafte* Anpassungen von Arbeitsaufgaben, mit dem Ziel, psychische Belastungen zu reduzieren, erfolgen nur in zwei der insgesamt 15 analysierten Fallverläufe. Der Verzicht auf Anpassungen wird oft mit den „privaten" Ursachen der Erkrankung begründet (vgl. Abschn. 6.2.3) – oder die Möglichkeit, dass die Arbeit einen Einfluss auf die psychische Verfassung hat, kommt erst gar nicht zur Sprache.

Vorübergehende Anpassungen von Aufgaben werden im Sample in gewissen Abteilungen vorgenommen. Es handelt sich um explizit auf die Zeit der Wiedereingliederung begrenzte Maßnahmen. In der Regel bestehen sie darin, dass die Beschäftigten von Aufgaben befreit werden, die als besonders belastend oder stressig gelten. Die Angestellten in den für Schadenfälle zuständigen Abteilungen der Versicherungen wurden beispielsweise in der Zeit ihrer Wiedereingliederung von der Auflage entbunden, Todesfälle zu bearbeiten, um die psychische Belastung der Tätigkeit zu reduzieren. Einigen wurde zudem freigestellt, ob und wie

[7] Das Recht auf Arbeitsplatzanpassungen ist in einigen Ländern (z. B. USA, Großbritannien) gesetzlich verankert. In der Schweiz gibt es keine gesetzlichen Vorgaben dazu.

viel sie sich zur Beantwortung von Kundenanrufen zur Verfügung stellen. Eine Mitarbeiterin erzählt, dass sie während ihrer Wiedereingliederung keinen eigenen Bestand an Fällen bearbeiten musste, sondern ihren Kolleginnen zugearbeitet hat.

Die Möglichkeit zu solchen Anpassungen hängt zum einen davon ab, wie flexibel das Aufgabenprofil definiert ist. Wenig Flexibilität besteht im Jobprofil der Kundenberater: Abweichungen von den quantitativen Leistungszielen und den Vorgaben zur Gesprächsführung und -dokumentation sind hier offiziell nicht möglich, obwohl es in der Praxis Ausnahmen gibt. Auch in vielen Abteilungen des *Industriebetriebs* sind flexible Anpassungen von Jobprofilen nicht möglich, insbesondere wenn der Arbeitstakt durch Automaten vorgegeben ist. In gewissen Abteilungen wurde zur Vermeidung von einseitigen Beanspruchungen durch repetitive Arbeit das Prinzip der *job rotation* eingeführt. Eigentlich als gesundheitsförderndes Instrument vorgesehen kann es umgekehrt dazu führen, dass Anforderungsprofile insgesamt komplexer werden, was sich wiederum nachteilig auf Beschäftigte mit gesundheitlichen Einschränkungen auswirken kann (Foster und Wass 2013, S. 714).

Inwiefern die Spielräume zur Anpassung von Aufgaben da, wo sie bestehen, auch ausgenutzt werden, hängt – insbesondere in Anbetracht des Fehlens gesetzlicher und betrieblicher Vorgaben in der Schweiz – von den einzelnen Vorgesetzten ab. Diese haben in der Entscheidung über Eingliederungsmaßnahmen deren Wirkung auf die Kollegen und damit verbunden die (wahrgenommene) Gerechtigkeit der Anpassungen im Blick. Teamkolleginnen sind laut Colella (2001) und Colella et al. (2004) wichtige Stakeholder im Prozess der Wiedereingliederung. Denn sie müssen unter Umständen in der Umsetzung von Maßnahmen kooperieren, wie z. B. Aufgaben mit den Betroffenen tauschen. Zudem können sie negativ auf Wiedereingliederungsmaßnahmen reagieren, falls sie diese als unfair wahrnehmen. Die wahrgenommene Gerechtigkeit der getroffenen Maßnahmen erscheint daher als zentral für das Gelingen des Wiedereingliederungsprozesses. Die Leiterin einer Bestandsverwaltungsabteilung der Versicherung *Celestia* berichtet, dass sie einem Mitarbeiter, von dem sie vermutet, dass es ihm psychisch nicht gut geht, die weniger aufwändige Betreuung von Generalagenturen anstatt des Brokerbereichs zuteilte, um ihm die Arbeit „einfacher“ zu gestalten. Den Brokerbereich teilt sie dagegen einem anderen Mitarbeiter zu. Sie begründet:

> Also ich habe nicht ALLE Möglichkeiten, aber gewisse habe ich, das auch zu organisieren in meinem Team, so wie ich das für richtig empfinde, und... ich denke ein bisschen ein Mittragen und ihn Unterstützen von mir und jetzt vom ganzen Team gehört dazu.

Neben ihrer Verantwortung, den Mitarbeiter zu „unterstützen“ spricht die Vorgesetzte die Rolle des Teams an, das die Maßnahme „mittragen“ muss. Die Anpassung des Jobprofils kann bedeuten, dass als stressig und belastend geltende Aufgaben von anderen Teammitgliedern erledigt werden müssen. Mehrere Vorgesetzte erwähnen die Sorge, dass die Anpassung von Arbeitsaufgaben vom Team als einseitige Bevorzugung kritisiert und in Frage gestellt werden könnte. Generell ist eine Anpassung umso rechtfertigungsbedürftiger, je weniger flexibel das Aufgabenprofil im Allgemeinen gehandhabt wird und je größer der Leistungsdruck und der interne Wettbewerb zwischen den Mitarbeitenden sind. Paul Conradi, der Vorgesetzte des Kundenberaters Erich Müller, stellt diesem für die Zeit seiner Wiedereingliederung einen Kollegen zur Seite, der für ihn administrative Aufgaben übernimmt.[8] Dieses in seiner Versicherungsagentur präzedenzlose Arrangement stellt er im Interview als zeitlich begrenzte Ausnahmereglung dar[9]:

> Aber das ist natürlich eine limitierte Auflage und jetzt muss ich auch langsam dann eingreifen, weil, ... sonst heißt es natürlich, ist aber schon komisch, also der andere kriegt natürlich Unterstützung und ICH kriege nichts, eine Ungerechtigkeit.

Paul Conradi nimmt mit dieser Vermutung die Kritik der Kollegen des Betroffenen am Eingliederungsarrangement vorweg. Die Entlastung von administrativen Arbeiten erscheint ihnen, so glaubt er, als „ungerecht“. Ausgehend vom wahrgenommenen Rechtfertigungsbedarf will er die Maßnahme nur zeitlich begrenzt umsetzen, was sich als Kompromisslösung beschreiben lässt.

Die Gerechtigkeit gegenüber der restlichen Belegschaft wird auch in anderen Fällen als Hindernis für Arbeitsplatzanpassungen angeführt. Ähnlich beschreibt es der Personalchef des *Industriebetriebs:*

> wenn es zu LANGE geht, oder, nachher gibt es noch so ein bisschen Spannungen zwischen den Gesunden und denen, die Langzeitkrankheiten haben, die wir mit Prozenten, kleinen Prozentschritten zu integrieren anfangen, und da müssen wir eine Balance haben zwischen dem und das ist ... RECHT schwierig, dass die Gesunden, die, die wirklich fit sind und das machen, NICHT demotiviert werden

Wie im Zitat des Personalchefs zum Ausdruck kommt, erachten einige Vorgesetzte des Samples die aus der Perspektive der Beschäftigten wahrgenommene

[8] Es handelt sich um denselben Mitarbeiter, der ihn während seiner Krankheitsabwesenheit vertrat (vgl. Abschn. 7.2.2).

[9] Das Beispiel wird auch in Nadai et al. (2019, S. 164–165) diskutiert.

Gleichbehandlung als Ressource zur Führung und Motivation ihrer Mitarbeitenden. Gerade bei psychisch Erkrankten, deren gesundheitliche Einschränkung für das Umfeld nicht gut wahrnehmbar ist, ist davon auszugehen, dass Ansprüche an Gleichbehandlung schnell wieder ins Spiel kommen. Die wahrgenommene Gerechtigkeit kann sich aber auch auf eine statusangemessene Behandlung beziehen. Im Versicherungsaußendienst, in dem eine ausdifferenzierte, informelle Statusordnung herrscht und einem Verkäufer je nach seinen Erfolgen Privilegien zugestanden werden, stellt die Anpassung des Aufgabenprofils eines erkrankten Mitarbeiters eine empfindliche Störung dieses Anerkennungssystems dar. Der Agenturleiter Paul Conradi führt aus:

> Jetzt taucht plötzlich die Figur Müller irgendwo auf. Eigentlich schlechter als der Mittlere, […] aber mit dem Potenzial. Aber mit der Aufmerksamkeit wie der Beste. Oder? Und hier müssen Sie aufpassen, oder, das Mittelfeld macht aus, wie gut Ihre Truppe ist. Das Mittelfeld entscheidet immer.

Die für den erkrankten Mitarbeiter arrangierten Anpassungen werden im Versicherungsaußendienst – so die Interpretation Paul Conradis – unter der Kategorie einer speziellen „Aufmerksamkeit“ registriert, die eigentlich nur für die „besten“ Mitarbeiter als angemessen gilt, wogegen Erich Müller, zwar durch seine früheren Erfolge zu den Mitarbeitern mit „Potenzial“ zählt, aber durch seine Leistungen zum Zeitpunkt, auf den sich das Zitat bezieht, „schlechter als der Mittlere“ ist. Für Paul Conradi ist dies eine problematische Konstellation, da das Einhalten der Anerkennungsordnung aus seiner Sicht ein wesentliches Element ist, seine Mitarbeiter zu motivieren. Mit solchen Überlegungen begründet der zitierte Vorgesetzte, weshalb er Anpassungen der Arbeitsaufgaben im Sinne einer *Kompromisslösung* – nur für kurze Zeit, eben als „limitierte Auflage“, gewährt.

Neben der Flexibilität der Aufgabenprofile und der Haltung der Vorgesetzten spielt schließlich auch die Haltung der betroffenen Beschäftigten eine Rolle, die wie der eingangs von Kap. 7 zitierte Personalverantwortliche festhält, „Erleichterungen“ oftmals selbst nicht wollen, um der damit verbundenen Stigmatisierung als weniger leistungsfähig zu entgehen. Auf Anpassungen, die rein organisatorisch möglich wären, wird bisweilen verzichtet, weil damit ein berufliches Zurücktreten assoziiert wird. Yves Meier, der Vorgesetzte von Simon Rohner beschreibt ausführlich, welche Möglichkeiten es zur Anpassung von Aufgabenprofilen gäbe:

> Ja, es gibt dadurch, dass man einfach komplexere Aufgaben wegnimmt oder nicht gibt, gibt es da schon Möglichkeiten und (1) es gibt auch Themen, die jetzt mehr mit Stress belastet sind oder Kunden, die ... ich sage jetzt, ein bisschen ungemütlicher

> sind oder direkter sind ... die problematischer sind, dort kann man schon SICHER steuern. Oder man kann dann Themen, die ... die jetzt intern anfallen, könnte man vorziehen oder DIE so einer Person geben. Es GIBT Möglichkeiten, das zu steuern. ... Oder dann auch von (3) von direkt dem Kundenkontakt so zurückziehen, dass dann das jemand anderes übernimmt, dass man nicht mehr zuvorderst im Wind steht, also diese Möglichkeiten gibt es.

Trotz dieser Möglichkeiten wurde im Fall seines Mitarbeiters Simon Rohner (Fallbeispiel 5.1) nichts dergleichen unternommen: „Verantwortungen, das haben wir diskutiert, hat er persönlich auch gefunden, müssen wir nicht wegnehmen." Simon Rohner selbst verweist zur Begründung auf die „privaten" Ursachen seiner Erkrankung:

> Aber wahnsinnig viel gemacht, außer dass ich eigentlich mein Pensum reduziert habe, haben wir eigentlich nicht. Das ist schon. Also ich denke MIT ein Grund ist schon das, wenn jetzt eigentlich die Ursachen bei mir hauptsächlich hier gewesen wären, die Belastung durch die Firma, dann wäre es mit Sicherheit ein Thema gewesen, ein bisschen zu schauen, ob wir dann nicht auch ein bisschen Sachen wegnehmen müssen, die belasten, oder.

Für den *Verzicht* auf Arbeitsplatzanpassungen scheint aber auch die durch Zeit- und Leistungsdruck geprägte Arbeitsrealität der Abteilung eine zentrale Rolle zu spielen. In Anbetracht der chronischen Überlastung aufgrund der personellen Unterkapazitäten würden Anpassungen vermutlich Kritik hervorrufen. Simon Rohners dezidiert geäußerter Verzicht auf „Sonderbehandlungen" lässt sich auch im Kontext des in der Abteilung ausgeprägten Kollegialitätsprinzips verstehen, im Sinne des Wunsches, das Team nicht im Stich zu lassen. Anpassungen von Aufgaben wären mit dieser Haltung schwierig zu vereinbaren. Chronische Arbeitsüberlastung eines Teams kann also die Anpassung von Arbeitsaufgaben in legitimatorischer Hinsicht erschweren. Das in beiden IT-Abteilungen übliche Kultivieren von Höchstleistungen führt dazu, dass es den Betroffenen selbst schwer fällt, sich von Aufgaben zurückzuziehen, wie Lars Flury berichtet. Für die Phase des Wiedereinstiegs konnte er zwar Aufgaben aus dem „Tagesgeschäft" abgeben, dennoch führt er gewisse Dinge noch weiter, weil er sich immer noch verantwortlich fühlt.

7.2.5 „Trainingsarbeitsplätze" und „einfache" Arbeiten

Im Gegensatz zur Anpassung von Aufgabenprofilen handelt es sich bei so genannten „Trainings-", „Integrations-" oder „Schonarbeitsplätzen" um eigens für die Wiedereingliederung von erkrankten Beschäftigten eingerichtete Stellen. Diese werden nur vorübergehend besetzt, um wieder für neu auftretende Fälle zur Verfügung zu stehen. Damit diese Arbeitsplätze von verschiedenen Personen besetzt werden können, muss in ihrer Gestaltung vorweggenommen sein, welche Aspekte der Arbeit belasten und wie diese zu reduzieren sind. Der *Industriebetrieb,* dessen Belegschaft auch stark von körperlichen Abnutzungserscheinungen betroffen ist, verfügt über eine ganze Infrastruktur an Arbeitsplätzen, an denen körperlich schonende Tätigkeiten ohne Zeitdruck erledigt werden können. Die Idee ist, dass die Betroffenen nach einiger Zeit in der schonenden Arbeit wieder an ihren früheren Arbeitsplatz zurückkehren.

Der in der Versicherung *Komfortia* geläufige Ausdruck des „Trainingsarbeitsplatzes" suggeriert, dass man in einem geschützten Arbeitsumfeld seine Arbeitsfähigkeit „trainieren" soll, um dann wieder den Belastungen der „normalen" Arbeit standzuhalten. Auch im Bereich der Dienstleistungsarbeit gelten „einfache" Tätigkeiten als geeignet für die Wiedereingliederung von erkrankten Beschäftigten. Gerda Rensch, die Leiterin einer Abteilung, in der ein Trainingsarbeitsplatz angeboten wird, argumentiert mit der kurzen Einarbeitungszeit der Tätigkeit:

> Und dadurch, dass wir im Service-Team eine Arbeit haben, die, sage ich jetzt, innerhalb von kurzer Zeit gut erlernt werden kann, also jemand, der von Anfang an 100 Prozent zu uns kommt, also 100 Prozent Pensum, kann innerhalb von vier Wochen auf diese Arbeit eigentlich eingearbeitet werden, das sind dann am Anfang halt sehr intensive vier Wochen, aber diese Person ist eigentlich nach vier Wochen in der Lage selbständig dann zu arbeiten, also diese Fälle zu registrieren, zu triagieren und teilweise auch schon Bagatellfälle zu bearbeiten. Und das ist eigentlich auch das Ziel, eben, dass jemand auch relativ SCHNELL selbständig arbeiten kann, selbständig etwas machen KANN

Die Tätigkeit an sich beschreibt sie als „einfach" und „repetitiv":

> es ist eine EINFACHERE Arbeit, was aber nicht heißt, dass sie nicht wichtig ist, es ist eine sehr wichtige Arbeit, es ist eine einfache Arbeit und eine repetitive Arbeit, das ermöglicht das relativ rasche Integrieren von so einer Person.

Das standardisierte Bearbeiten von Bagatellschadenfällen setzt laut Gerda Rensch wenig Vorwissen voraus und gilt aufgrund seines repetitiven Charakters als einfach. Die Annahme, dass gerade Beschäftigte nach psychischen Erkrankungen eine einfache und repetitive Arbeit brauchen, ist in den drei Unternehmen verbreitet. Angesichts des Trends zur qualifizierten Wissensarbeit hegt die BGM-Leiterin der *Celestia* gar die Befürchtung, dass die für psychisch angeschlagene Mitarbeitende besonders geeigneten Arbeiten im Verschwinden begriffen sind. Die Bevorzugung repetitiver Arbeiten mag für einige Fälle zutreffen, doch ist ihre Verallgemeinerung unzulässig. Ein Interviewter, der nach einem psychischen Zusammenbruch auf einer Wiedereingliederungsstelle mit einfachen Routinearbeiten eingesetzt und anschließend in die feste Belegschaft übernommen wurde, deutet an, dass er die Zuteilung dieser monotonen, repetitiven Arbeiten als Herabsetzung seiner Fähigkeiten empfand, zumal er vorher in einer spezialisierten Abteilung gearbeitet hat und über ein entsprechendes Fachwissen verfügt. Repetitive Tätigkeiten können psychisch genauso belastend sein wie komplexe, nicht-repetitive Arbeiten und sogar Gratifikationskrisen auslösen (Siegrist 2013).

Gerade wenn man die Unterschiedlichkeit der Einschränkungen bedenkt, die gesundheitliche Probleme mit sich bringen können, lässt sich der Einsatz in repetitiven Arbeiten nicht mit der besonderen Eignung begründen. Ein Grund dafür liegt mitunter in der organisationalen Eigenlogik des Angebots von Trainingsarbeitsplätzen. Repetitive Arbeiten setzen in der Regel kurze Einarbeitungszeiten voraus. Angesichts der begrenzten Dauer der Einsätze auf Trainingsarbeitsplätzen (in der Regel sechs bis zwölf Monate)[10] wollen die Abteilungen nicht zu viel in die Einarbeitung investieren, um noch von der Arbeitsleistung der zu Integrierenden profitieren zu können. Dieses Motiv ist umso ausgeprägter, wenn das Angebot eines Trainingsarbeitsplatzes auch aus finanziellen Gründen erfolgt, wie es in der Abteilung von Gerda Rensch der Fall ist. Gerda Rensch führt aus:

> in der heutigen Zeit, in der man immer wieder mit Kostensparen konfrontiert ist und immer wieder gedrückt wird, was die Kosten anbelangt, ist das natürlich für mich auch eine Win-Situation, wenn ich sagen kann, ich habe eine Person mehr bei mir im Team, klar, es ist befristet, ich kann profitieren von ihr, ABER sie kostet mich nichts.

Einsätze auf den Trainingsarbeitsplätzen werden durch die IV oder eine spezielle Kostenstelle des Unternehmens finanziert. Dies schafft für Abteilungen, die

[10] Einsätze in Trainingsarbeitsplätzen werden oft durch die IV finanziert, die den zu Integrierenden in der Regel während sechs Monaten ein Taggeld bezahlt. Zur Nutzung der durch die IV „subventionierten“ Arbeitskräfte durch Unternehmen siehe Nadai et al. (2019, S. 168–171).

über wenig Mittel verfügen, einen finanziellen Anreiz, einen Trainingsarbeitsplatz anzubieten.

7.2.6 Maßnahmen mit einem „Endpunkt"

Die bisher diskutierten Wiedereingliederungsmaßnahmen – das therapeutische Teilzeitpensum, Anpassungen von Arbeitsaufgaben und die Besetzung von so genannten Trainingsarbeitsplätzen sind nur als vorübergehende Maßnahmen vorgesehen, mit dem Gedanken, dass die betroffenen Beschäftigten in absehbarer Frist an ihrem angestammten Arbeitsplatz wieder im vollen Umfang einsetzbar sind. Dies trifft für alle Anpassungen zu, die außerhalb des im Rahmen eines von manchen Vorgesetzten tolerierten oder sogar unterstützten informell praktizierten Krankheits- und Belastungsmanagement stattfinden (Abschn. 7.2.1). Eine Personalverantwortliche formuliert ausdrücklich, dass ein Ende der Wiedereingliederungsmaßnahmen erwünscht ist:

> darum sage ich, ist es auch, auch wichtig, dass das VERBINDLICH ist und dass man einen gewissen ... ENDPUNKT hat von solchen Begleitungen und auch sagt, hey schau, es ist, also wir geben dir diese Chance, aber wir haben einen Plan und dieser Plan sagt, am 1. Dezember fängst du an, wieder mit, mit 30 Prozent, am 1. Februar 50, am 1. April 70 und spätestens ab 1. Juni musst du wieder 100 Prozent, weil sonst haben wir dann wirklich ein Problem. Also es muss auch, es darf nicht so eine never ending story geben.

Ab dem besagten „Endpunkt" soll von der gesundheitlichen Einschränkung am Arbeitsplatz nichts mehr spürbar sein. Ob die betroffenen Beschäftigten in absehbarer Frist – spätestens nach Auslaufen der Krankentaggeldzahlungen nach maximal zwei Jahren – wieder den Anforderungen ihrer Stelle genügen können bzw. wollen, ist jedoch in einigen Fällen unklar.

Langfristige Maßnahmen zur Belastungsreduktion beschränken sich in den Unternehmen des Samples in der Regel auf die Reduktion des Beschäftigungsgrads der Betroffenen. In Bezug auf den betrieblichen Umgang mit unzureichender Arbeitsleistung unterschieden Nadai und Maeder (2006, S. 14) drei Kategorien von „cooling techniques": diese können erstens die betroffene Person adressieren (z. B. ein Coaching), zweitens den Kontext (z. B. die Anpassung von Arbeitsaufgaben) und drittens den organisationalen Status der Person (z. B. eine Herabstufung oder Frühpensionierung). Die einzige langfristige Maßnahme im Datenmaterial betrifft also den Status der betroffenen Beschäftigten und

besteht in einer dauerhaften Pensenreduktion, oder in den Worten von Voswinkel (2017c, S. 286), die „gesundheitsorientierte Anpassung des Arbeitnehmers an die Bedingungen des Arbeitsplatzes". Die Kosten dieser Maßnahme werden von den Beschäftigten getragen, die mit einem geringeren Einkommen leben müssen (Nadai et al. 2019, S. 151).

Vorgesetzte, die ihren Beschäftigten eine Pensenreduktion als gesundheitsfördernde Maßnahme vorschlagen, fordern diese gezielt dazu auf, zu überlegen, was ihnen ihre Gesundheit „wert" sei. Der Leiter einer Versicherungsagentur erinnert sich, einer Mitarbeiterin gesagt zu haben, vielleicht sei „die Freizeit auch ein bisschen mehr wert als ein paar Franken Geld". Ähnlich äußert sich der Produktionsleiter des *Industriebetriebs* in einer Sitzung des Gesundheitsmanagements in Bezug auf Beschäftigte, die sich weigern, an einen schonenderen Arbeitsplatz zu wechseln, weil sie dort weniger verdienen: „Für ihn sei wirklich die relevante Frage, was einem wichtiger ist, die Gesundheit oder das Einkommen." *(Feldnotizen).*

Dauerhafte Änderungen der Arbeitsaufgaben oder das Einrichten individuell zugeschnittener Arbeitsplätze gelten als unwirtschaftlich, es sei denn sie werden durch spezielle Subventionen wie eine (Teil-)Rente der IV gedeckt, die es ermöglicht, den Betroffenen einen reduzierten Lohn zu bezahlen (Nadai et al. 2019, S. 141). Gesundheitliche Schwankungen des Arbeitsvermögens werden in den drei Betrieben – in unterschiedlichem Ausmaß – als unvorhersehbare Einzelfälle behandelt. Dies trifft selbst in Abteilungen zu, die wie der Versicherungsaußendienst innerhalb der Organisation für ihre Anfälligkeit für Erschöpfungserkrankungen berüchtigt sind. Im *Industriebetrieb* ist in der Arbeitsplanung zumindest ein gewisser Prozentsatz an Arbeitsausfällen berücksichtigt. Darüber hinaus wurde für besonders belastende Tätigkeiten, eine so genannte „Bogenkarriere" entwickelt. Das bedeutet, dass alternde Beschäftigte in weniger beanspruchenden Tätigkeit eingesetzt werden können. Allerdings ist dieser Wechsel ähnlich wie bei der Pensenreduktion mit einem tieferen Einkommen verbunden. In der Versicherung *Komfortia* liefen zum Zeitpunkt der Datenerhebung Diskussionen über die Möglichkeit, das rigide Stellenprofil der Kundenberater im Außendienst flexibler handzuhaben. Diese wurden jedoch v. a. mit Bezug auf das von der Personalabteilung priorisierte Thema der Vereinbarkeit von Beruf und Familie geführt und bezogen sich auf die Einführung von Teilzeitbeschäftigungsmodellen.

Neben den betrieblichen Einrichtungen zur Antizipation gesundheitlich bedingter Schwankungen im Arbeitsvermögen bestehen darüber hinaus informelle Praktiken, die ein langfristiges Management von Belastungen und Beanspruchungen bezwecken und über die Möglichkeiten zur Weiterbeschäftigung von

Mitarbeitenden mit gesundheitlichen Einschränkungen geschaffen werden sollen. In der *Celestia* gibt es eine Logistikabteilung, die den Ruf einer informellen Integrationsabteilung für Mitarbeitende mit diversen Leistungsproblemen hat. Solche informellen Praktiken können jedoch, wenn sie nicht institutionalisiert sind, leicht geändert und unterbunden werden. Zudem sind sie in hohem Maß abhängig von einzelnen Vorgesetzten und drohen zu verschwinden, wenn diese die Organisation verlassen.

7.3 Wiedereingliederung im Spiegel arbeitssoziologischer Diagnosen

In Abschn. 2.2 wurde die Idee ausgeführt, dass die Formen der Arbeitsorganisation einen Einfluss auf die Möglichkeiten der gesellschaftlichen Inklusion von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen haben. In einer nach wie vor stark auf Erwerbsarbeit zentrierten Gesellschaft kommt der Teilhabe am Arbeitsmarkt große Bedeutung für die Inklusion zu. Mit dem Aufkommen der post-fordistischen Arbeitsorganisation haben diese Teilhabemöglichkeiten nach Foster und Wass (2013) abgenommen. In einer Analyse von Gerichtsfällen zur Umsetzung von Wiedereingliederungsmaßnahmen in Großbritannien identifizieren Foster und Wass folgende Merkmale der Arbeitsorganisation als problematisch für die berufliche Reintegration: die zunehmende Aufgabenkomplexität, die Standardisierung von Aufgabenprofilen, Gruppenarbeit und die Verkettung von Produktionsabläufen sowie die Einführung von Gruppenzielen. Die arbeitssoziologische Forschung zeigt, dass die Entwicklungen der Arbeitswelt komplex und widersprüchlich sind und sich schwer unter einem Nenner fassen lassen (Moldaschl 2010). Die Zuschreibung geringerer Eingliederungsmöglichkeiten im Post-Fordismus bzw. größerer Möglichkeiten in einer fordistischen Arbeitsorganisation erscheint daher als vereinfachend.

Im vorherigen Kapitel habe ich diskutiert, welche Formate der Arbeitsorganisation sich in den untersuchten Unternehmen auf das Potential zur Inklusion psychisch erkrankter Beschäftigter auswirken – entweder *direkt,* indem sie die Umsetzbarkeit von Eingliederungsmaßnahmen beeinflussen, oder *indirekt,* indem sie zur Rechtfertigungsbedürftigkeit dieser Maßnahmen beitragen. Im Folgenden soll es darum gehen, welcher Stellenwert diesen Formaten gemäss arbeitssoziologischen Zeitdiagnosen zukommt und was sich daraus in Bezug auf das Inklusionspotential der zeitgenössischen Arbeitswelt ableiten lässt.

Je nach Kontext der Steuerungs- und Rationalisierungsformen der Arbeitsorganisation sind Wiedereingliederungsmaßnahmen schwieriger umsetzbar, weil sie

einerseits Rechtfertigungsbedarf erzeugen und andererseits mit organisatorischen Prinzipien in einen Konflikt geraten. Als relevant für die Wiedereingliederung erweisen sich gemäß der bisherigen Analyse die folgenden Aspekte: Es kommt *erstens* auf die Möglichkeiten zur autonomen Gestaltung des Arbeitstakts, der zeitlichen Rhythmen und der Arbeitsintensität im Arbeitsprozess an. *Zweitens* spielt die Möglichkeit, das Arbeits- bzw. Auftragsvolumen an die Anzahl der arbeitsfähigen Beschäftigten anzupassen, eine Rolle für die Akzeptanz und Umsetzbarkeit von Wiedereingliederungsmaßnahmen. *Drittens* hängen die Möglichkeiten zur Wiedereingliederung davon ab, wie *flexibel* bzw. *rigide* ein Arbeitsprofil gehandhabt wird (vgl. Foster und Wass 2013, S. 714) und *viertens* ist die Legitimität von Teilzeitarbeit relevant. *Fünftens* wirkt sich die Komplexität von Aufgabenprofilen auf die Möglichkeiten zur Reintegration aus (ebenda). *Sechstens* ist die Möglichkeit, Arbeitsbelastungen über An- und Abwesenheit am Arbeitsplatz zu regulieren von Bedeutung, sowie *siebtens* die Flexibilität bzw. Rigidität von *Leistungsvorgaben*. Im Folgenden diskutiere ich, inwiefern die besagten Inklusionsbarrieren durch die Entwicklungsdynamiken in der Arbeitswelt verstärkt oder abgeschwächt werden.

Die jüngeren Wandlungstendenzen der Formate zur Rationalisierung des Arbeitsprozesses werden in der Arbeitssoziologie mit den Konzepten des (Post-) Taylorismus und (Post-)Fordismus beschrieben. Es handelt sich um verschiedene Lösungen des Problems der „Transformation" von Arbeitskraft in Arbeitsleistung. Das „Transformationsproblem" liegt in der unbestimmten, kreativen Natur des menschlichen Arbeitsvermögens begründet, das untrennbar mit der Person der Arbeitenden verbunden ist (Deutschmann 2008, S. 17). Die Verwertung der individuellen Arbeitskraft ist zum Zeitpunkt, zu dem der Arbeitsvertrag abgeschlossen wird, qualitativ unbestimmt, weil sie von der Mitwirkung der Arbeitenden abhängt. Das Grundproblem der betrieblichen Organisation von Arbeit bezieht sich auf den Versuch, die Art und Weise dieser Mitwirkung zu steuern (Marrs 2018, S. 473).

Als arbeitssoziologische Zeitdiagnosen dominieren in der deutschsprachigen Debatte seit einiger Zeit die Begriffe Entgrenzung, Vermarktlichung und Subjektivierung von Arbeit (Kleemann et al. 2019). In der angelsächsischen Diskussion werden ähnliche Entwicklungen unter den Stichworten Post-Fordismus und Lean Management diskutiert (Beynon 2015). Damit sind nicht nur Modelle der wirtschaftlichen Produktion und Arbeitsorganisation verbunden, sondern auch der gesamtgesellschaftlichen Organisation von Arbeit und der sozialen Absicherung. Gemeinsam ist den Diagnosen, dass sie eine Abkehr von den talyoristischen bzw. fordistischen Managementprinzipien – zumindest teilweise – feststellen. Letztere gelten als geprägt durch hoch arbeitsteilige Produktionsabläufe, repetitive

Tätigkeiten ohne Autonomiespielräume und einen hohen Grad an Standardisierung. Mit der Abwendung von diesen Prinzipien wurden flachere Hierarchien und ein partizipativer Managementstil eingeführt, der auf die Nutzung „subjektiver“ Potenziale und die Kapazitäten zur Selbstorganisation abzielt, wie z. B. die Einführung von Gruppenarbeit in der industriellen Produktion. Gleichzeitig wurde eine Dezentralisierung der Organisationen festgestellt, die den Organisationseinheiten mehr Kompetenzen verlieh, diese aber auch einer stärkeren Bewertung anhand marktorientierter Kennzahlen unterzog. Darüber hinaus kam es zu einer Flexibilisierung der Beschäftigungsbeziehung durch Projektarbeit und die Auslagerung von Arbeiten. Wurde mit dieser Form der Arbeitsorganisation zunächst die Hoffnung auf Autonomiezugewinne verbunden, stellen skeptische Diagnosen stattdessen eine Zunahme der Arbeitsintensität und Kontrolle fest (Beynon 2015) und beschrieben die damit einhergehenden Zwänge als Paradox der „fremdorganisierten Selbstorganisation“ (Pongratz und Voß 1997).

7.3.1 Entgrenzte Erwerbsarbeit

Eine prominente Zeitdiagnose in der deutschsprachigen Arbeitssoziologie lautet Entgrenzung (Minssen 2000). Der Begriff bezieht sich auf die „Erosion der Grenzen“ zwischen Erwerbsarbeit und privater Lebenswelt, „Person“ und Arbeitskraft, sowie Organisation und Markt (Kratzer 2017, S. 116) und diagnostiziert die Tendenz zu einem ganzheitlicheren Zugriff des Managements auf die Ressourcen der Arbeitskraft. Das Wort Entgrenzung unterschlägt, wie kritisch festgestellt wird, dass die Auflösung bestehender „Grenzen“ mit der Ziehung neuer Grenzen bzw. Grenzverschiebungen einhergeht (Bosch 2000, S. 251; Kleemann et al. 2019, S. 81). Da ich Konzepte, die sich auf Grenzverschiebungen innerhalb der Organisation und der betrieblichen Steuerungsformen beziehen, weiter unten diskutiere (Abschn. 7.3.2 und 7.3.3), stehen hier primär Grenzverschiebungen im Verhältnis von Erwerbsarbeit und privater Lebenswelt im Fokus. Diese ergaben sich in den letzten Jahrzehnten aus der Flexibilisierung von Arbeitszeiten und Arbeitsorten, die zu einer Aufweichung der früher klarer gezogenen Grenzen zwischen Erwerbsarbeit und der Zeit, in der keine Erwerbsarbeit geleistet wird, geführt haben.

Zustande kam diese Flexibilisierung zum einen durch die Einführung von Arbeitszeitmodellen wie Gleitzeit, Jahresarbeitszeit oder Vertrauensarbeitszeit (Haipeter et al. 2002), zum anderen durch örtlich flexible Arbeitsformen wie das Homeoffice. Als Formate der Regulierung der Arbeitsgestaltung führen diese

einerseits zu einer besseren Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit mit außerberuflichen Verpflichtungen, insbesondere der Care-Arbeit. Indem sie Arbeitszeiten und Arbeitsorte zu einem stärkeren Grad der Entscheidung der Beschäftigten überlassen, ermöglichen sie zugleich eine Ausweitung der Arbeitszeit, weil potenziell jederzeit und überall gearbeitet werden kann. Dies kann dazu führen, dass die Prioritäten, die in der Erwerbsarbeit gelten, in das Privatleben hineinreichen und letzteres diesen untergeordnet wird, wie Arlie Hochschild (1997) es mit ihrer Diagnose des *when work becomes home and home becomes work* auf den Punkt brachte. Hinsichtlich Autonomiegewinne und Gesundheitsförderlichkeit ist die Flexibilisierung der Arbeitszeiten und -orte deshalb als ambivalent zu beurteilen ist. Autonomiegewinne sind zwar möglich, jedoch nur, wenn die Rahmenbedingungen es erlauben, Spielräume auch nach den außerberuflichen Prioritäten zu nutzen. Ansonsten droht die Tendenz zur Ausuferung der Arbeitszeit (Lott 2014). Die Entgrenzung von Arbeitszeiten und -orten wird durch den zunehmenden Einsatz von Technologien der digitalen „Konnektivität" befördert (Nowak et al. 2019; Mullan und Wajcman 2019). So führen diese tendenziell dazu, dass noch mehr gearbeitet wird. Unabhängig von den Entwicklungen der letzten Jahrzehnte sind so genannte „mobile" Berufe wie z. B. derjenige der Kundenberater in den Versicherungen, in denen Dienstreisen ein zentraler Bestandteil der Tätigkeit sind, per Definition von „Entgrenzung" von Arbeitszeit und privater Zeit betroffen (Nies et al. 2017).

Flexible Arbeitszeiten, Gleitzeit und Jahresarbeitszeit sind in den beiden Versicherungsunternehmen weit verbreitet. Auch Homeoffice wird, bereits vor der Covid-19-Pandemie, als zeitgemäße Arbeitsform unterstützt, die unter anderem eine bessere Vereinbarkeit der Erwerbsarbeit mit dem Privatleben ermöglichen soll. Die so verstandene „Entgrenzung" der Erwerbsarbeit ist für die Durchführbarkeit von Wiedereingliederungsmaßnahmen als ambivalent zu beurteilen. Die Möglichkeit, selbst zu bestimmen, wann man mit der Arbeit beginnt, vergrößert die Spielräume zur Gestaltung von Arbeitsrhythmen und deren Anpassung an das krankheitsbedingt schwankende Arbeitsvermögen. Auch die Möglichkeit, im Homeoffice zu arbeiten, kann für das Management von Krankheitssymptomen förderlich sein. Laut der Einschätzung einer BGM-Verantwortlichen können sich Homeoffice und flexible Arbeitszeiten zudem aber auch nachteilig auf die Situation von Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen auswirken: diese sind ihrer Meinung nach stärker auf ein stabiles soziales Umfeld angewiesen, das durch den vermehrten Gebrauch von Homeoffice wegzufallen droht.

Wenn die Rahmenbedingungen es nicht zulassen, die flexiblen Arbeitszeiten und -orte nach den eigenen Prioritäten zu nutzen – zum Beispiel aufgrund

von Termindruck oder einer generell erwarteten hohen Einsatzbereitschaft – führen flexible Arbeitsmodelle zu einer tendenziellen Ausweitung der Arbeitszeit. In diesem Fall erschweren flexible Arbeitsmodelle die Umsetzung von Wiedereingliederungsmaßnahmen. Wenn das Team unter starkem Zeitdruck steht und keine fixen Arbeitszeiten definiert sind, ist es für die Betroffenen schwieriger, ein therapeutisches Teilzeitpensum einzuhalten und zu rechtfertigen. Entgrenzte Arbeitszeiten und -orte erschweren also die Einrichtung, Rechtfertigung und damit Aufrechterhaltung der Schonräume, die es für die Rehabilitation braucht und die explizit als Zeit, in der keine Erwerbsarbeit geleistet wird, definiert sind. Wenn grundsätzlich immer und überall gearbeitet werden *könnte,* lässt sich zudem die Arbeitsbelastung nicht einfach über die An- bzw. Abwesenheit vom Arbeitsplatz steuern. Grundsätzlich erfordern diese Arbeitsmodelle stärkere Abgrenzungsleistungen von den Beschäftigten, die für die psychisch erkrankten Mitarbeitenden zu einer zusätzlichen Belastung werden können.

7.3.2 Selbstorganisierte Arbeitsprozesse

Die Selbstorganisation bzw. Selbststeuerung durch die Beschäftigten ist ein häufig diskutiertes Charakteristikum post-taylorfordistischer Arbeitsverhältnisse. Sie gilt als Modus der Rationalisierung des Arbeitsprozesses, der auf der Nutzung von Eigeninitiative und Kreativität der Arbeitskräfte beruht – was im Taylorfordismus nicht als Ressource, sondern als störendes Element angesehen wurde. Der Analyse von Luc Boltanski und Ève Chiapello (2003) zufolge regte die ästhetisch motivierte „Künstlerkritik" an der kapitalistischen Arbeitsorganisation beeinflusst durch die 1968er-Bewegung einen Wandel der Managementkonzepte an. Die Transformation von Arbeitskraft in Arbeitsleistung sollte nicht mehr durch eine rationalisierte, hierarchische und engmaschig überwachte Arbeitsorganisation erfolgen, sondern durch die Förderung des autonomen, selbstverantwortlichen, kreativen und flexiblen Handelns. Diesem Ideal entspricht das Managementformat der projektförmigen und durch die Arbeitskräfte selbstgesteuerten Arbeitsprozesse.

Zwar gibt es auch unter dem Prinzip der Selbstorganisation Vorgaben des Managements, aber diese beziehen sich auf grobe Rahmenbedingungen oder gewünschte Ergebnisse und die Beschäftigten entscheiden selbst über die Umsetzung des Arbeitsprozesses, d. h. was sie in welcher Reihenfolge mit welchen Methoden tun. Zudem kümmern sie sich selbständig um die Organisation der

eigenen Arbeit, etwa die Anpassung ihrer Arbeitszeit an das Arbeitsaufkommen, die Organisation der Zusammenarbeit mit Partnerinnen und sogar die Weiterentwicklung von Kompetenzen (Kratzer und Dunkel 2013, S. 46).

Funktionierte hochqualifizierte Arbeit schon immer zu einem gewissen Grad selbstorganisiert, so ist dieses Organisationsprinzip heute laut der arbeitssoziologischen Diagnose in einem größeren Spektrum von Tätigkeiten verbreitet. Selbstorganisation wird trotz der steigenden Gestaltungsspielräume als ambivalent bewertet. So kann sie für die Arbeitskräfte zwar eine Zunahme von Autonomie bedeuten, oft aber auch gesteigerte Leistungsanforderungen und Belastungen (Kleemann 2019, S. 83). In der angelsächsischen Debatte wird Selbstorganisation explizit als Teil des Lean Management-Ansatzes analysiert, der auf die Beteiligung der Beschäftigten tieferer Hierarchiestufen an der Entscheidungs- und Lösungsfindung und auf Gruppenarbeit setzt und damit auf Effizienzgewinne abzielt (Carter et al. 2011, 2013; Beynon 2015). Im Kontext des Lean Management-Ansatzes treten die negativen Konsequenzen für die Beschäftigten deutlich hervor: Selbstorganisation verstärkt unter diesen Umständen die Arbeitsintensität und führt zu einer „umfassendere[n] betriebliche[n] Vernutzung von Arbeitskraft“ (Kleemann et al. 2019, S. 84).

Spielräume, Arbeitsabläufe autonom zu gestalten, führen prinzipiell zu besseren Möglichkeiten, den Arbeitstakt selbst zu regulieren – diese fehlen an den Arbeitsplätzen im *Industriebetrieb,* in denen die technischen Produktionsanlagen den Arbeitsrhythmus vorgeben. Die diesbezüglichen Spielräume wirken sich erheblich auf das Potential zum Management von Krankheits- und Erschöpfungssymptomen aus. Im Kontext hoher Leistungsansprüche kann Selbstorganisation jedoch auch problematische Konsequenzen für die Durchführbarkeit von Wiedereingliederungsmaßnahmen haben. Diese bestehen sowohl dann, wenn die Beschäftigten ihre Arbeit komplett individuell organisieren, als auch wenn Selbstorganisation auf der Ebene einer Gruppe stattfindet. Unter dem Prinzip der Selbstorganisation haben die Beschäftigten eine größere Verantwortung für die Gestaltung von Arbeitsabläufen und damit auch für deren Gelingen. Gerade wenn sie sich stark mit ihrer Arbeit identifizieren, besteht die Gefahr, dass sie zu wenig Ruhezeiten einplanen, was sich sowohl negativ auf das Krankheits- und Belastungsmanagement als auch auf die Umsetzbarkeit von Eingliederungsmaßnahmen wie die Einhaltung eines therapeutischen Teilzeitpensums auswirkt. Dieses Verhalten wird in der Literatur u. a. unter dem Stichwort der interessierten Selbstgefährdung (Krause et al. 2012) analysiert, wobei zu bedenken ist, dass die Erwartungen des Managements oder Teams hier ebenfalls eine zentrale Rolle spielen, die den selbstausbeuterischen Tendenzen der Beschäftigten Grenzen setzen oder umgekehrt diese befördern und von ihnen profitieren. Besteht allgemein

eine hohe Identifikation der Belegschaft mit der Arbeit, erhöht dies den Rechtfertigungsbedarf eingeschränkter Leistungsfähigkeit und kann die Betroffenen dazu verleiten, möglichst rasch wieder voll an den Arbeitsplatz zurückzukehren, um damit ihre eigene Identifikation mit der Arbeit zum Ausdruck zu bringen.

Erfolgt die Selbststeuerung auf der Ebene der Gruppe, können sich zusätzliche Dynamiken ergeben, die sich negativ auf die Durchführbarkeit von Wiedereingliederungsmaßnahmen und das Management von Krankheitssymptomen auswirken. Zum einen wird der Arbeitsrhythmus im Wesentlichen durch die Gruppe definiert, für die das Management von Krankheits- und Erschöpfungssymptomen einzelner Mitglieder nicht zwangsläufig Priorität hat. Selbstorganisation ist unter anderem mit dem Abbau von Hierarchien verbunden. Laut der BGM-Leiterin einer Versicherung kann dies problematisch sein, weil sich unter diesen Bedingungen niemand für Mitarbeitende mit psychischen Problemen verantwortlich fühlt. Die Vorgesetzten des Unternehmens werden in regelmäßigen Führungsschulungen für die Anzeichen psychischer Erkrankungen sensibilisiert und dabei auf ihre Verantwortung hingewiesen, die Belastungen ihrer Mitarbeitenden sowie allfällige Krankheitsanzeichen im Auge zu behalten.

Bei einer längeren Krankheitsabwesenheit kann die Dynamik der Gruppenarbeit die Betroffenen zu einer möglichst raschen Rückkehr an den Arbeitsplatz und zur schnellen Wiederaufnahme des vollen Pensums unter Druck setzen. Eine rasche Rückkehr kann nämlich einerseits als solidarisches Verhalten gegenüber der Gruppe interpretiert werden, andererseits birgt eine längere Abwesenheit für die Betroffenen das Risiko, dass die Gruppe wesentliche Entscheidungen ohne sie trifft und sie dadurch ihre informelle berufliche und soziale Position im Team und das daran gekoppelte Mitspracherecht verlieren – wie es vom IT-Mitarbeiter Lars Flury beschrieben wird. Besonders problematisch wirkt sich das Prinzip der Selbstorganisation in der Gruppe zudem aus, wenn die Gruppe vom Management Zielvorgaben erhält, an deren Erfüllung sich die Leistungsbeurteilung ausrichtet (Foster und Wass 2013). Dies senkt generell die Toleranz für krankheitsbedingte Einschränkungen der Leistungsfähigkeit einzelner Teammitglieder und kann die Durchführung von Wiedereingliederungsmaßnahmen verunmöglichen.

Selbstorganisation auf Teamebene ist besonders prominent in den so genannten agilen Arbeits- und Organisationsmodellen, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung einen Managementtrend darstellten und von einem der beiden Versicherungsunternehmen in einigen Abteilungen eingeführt wurden. In der arbeitssoziologischen Diskussion werden agile Organisationsprinzipien als Chance auf eine partizipativere Gestaltung von Arbeit (Boes et al. 2018) und explizit als mögliches Werkzeug des Belastungsmanagements (Pfeiffer et al. 2014) thematisiert. Empirische Studien kommen aber zum Schluss, dass sich einerseits Machtstrukturen

durch dieses Format der Arbeitsorganisation nicht überwinden lassen (Hodgson und Briand 2013) und andererseits die mit agilen Methoden verbundenen Hoffnungen sich nur einlösen lassen, wenn zugleich auf kennzahlenorientierte Steuerung verzichtet wird und wenn ausreichend Personal- sowie Zeitressourcen zur Verfügung gestellt werden (Pfeiffer et al. 2014, S. 129).

7.3.3 Indirekte Steuerung und Vermarktlichung

Das Format der Selbstorganisation wird teilweise mit demjenigen der ergebnisorientierten bzw. indirekten Steuerung verbunden, also der Vorgabe von Ergebniszielen durch das Management. Insofern das Arbeitsverhalten nicht über Vorgaben zum Arbeitsprozess, sondern über die Kommunikation erwarteter Resultate gesteuert wird, spricht man hierbei von indirekter Steuerung. In der Arbeitssoziologie wird diese Steuerungsform mit der „Vermarktlichung" und Dezentralisierung der Arbeitsorganisation in Verbindung gebracht. Mit „Vermarktlichung" ist gemeint, dass die operativen Prozesse in Betrieben enger an ihren Markterfolg gekoppelt werden (Kratzer und Dunkel 2013, S. 45). Vermarktlichung zeigt sich in der größeren Intensität der auch früher schon existierenden Praktik, Ergebnisziele zu formulieren und Prozesse entlang von Vorgaben und Kennzahlen zu bewerten. Kennzahlen orientieren sich dabei nicht zwingend am realistisch Machbaren, sondern an den aus Shareholder-Sicht gewünschten Renditen und strategischen Zielen. Eine Facette der Vermarktlichung besteht nach Sauer (2010, S. 553) darin, dass sich das Unternehmen „Markt- und Konkurrenzmechanismen in der internen Organisation zum Vorbild" nimmt. Bereiche werden dezentral als Cost- und Profitcenter organisiert und anhand ihrer erzielten Ergebnisse beurteilt, stehen also unter dem beständigen Druck, sich zu bewähren. Der Markt wird nach Sauer (2010, S. 554) zum „Motor der permanenten Reorganisation der Binnenstrukturen" gemacht. Marktanforderungen werden in abstrakte Zielvorgaben übersetzt und verleihen den Vorgaben der Steuerung den Schein „realer Notwendigkeit". „Insofern ist mit der Bekanntgabe von Kennziffern die Erwartung beständiger Optimierung verbunden. Was sich als lapidares Maßverhältnis präsentiert, enthält Markteinschätzungen, Gewinnerwartungen und Kostengrenzen, die als konkrete Leistungsanforderungen fungieren. Kennziffern werden nicht mehr als Herrschaftswissen des Managements betrachtet, vielmehr sollen mittels ihrer Verbreitung die Beschäftigten aktiviert werden." (ebd., S. 555). Mit indirekter Steuerung werden gesundheitliche und insbesondere psychische Belastungen assoziiert (Kratzer und Dunkel 2013; Menz und Nies 2015).

Die Dezentralisierung der Unternehmensführung und die Einführung von marktlichen Prinzipien in der Organisation trifft im Sample auf die Organisation des Versicherungsaußendienstes zu. In einem der beiden Versicherungsunternehmen ist der Außendienst an selbständige Agenturen, also an Subunternehmen ausgelagert. Im anderen funktionieren die Agenturen innerhalb der Firma bezüglich Gewinnerwirtschaftung wie eigenständige Unternehmen. Die Steuerung erfolgt sowohl auf der Ebene der Agenturen als auch für die einzelnen Verkäufer über die Vorgabe von Verkaufszielen sowie ein provisionsbasiertes Lohnsystem. Dies führt zu kontinuierlichem Leistungsdruck und einer entsprechend geringen Toleranz für Schwankungen im Arbeitsvermögen. Der Raum für das Management von Krankheitssymptomen ist insofern gering, weil sich Ruhepausen unmittelbar in der Erfolgsbilanz und letztlich auch in den ausgezahlten Provisionen niederschlagen. Ähnlich problematisch sind die Möglichkeiten zur Umsetzung von Wiedereingliederungsmaßnahmen: Da Arbeitsaufwand und Erfolg nahezu entkoppelt sind, nützt ein therapeutisches Teilzeitpensum für die Rehabilitation wenig. Zudem wirken sich auch Fehltage unmittelbar als verpasste Geschäfte aus, gefährden die Zielerreichung und verringern die Provisionen. Die Neigung zur „Krankheitsverleugnung“ (Kocyba und Voswinkel 2007) ist unter diesen Bedingungen entsprechend groß. Falls es doch zu einer längeren Krankschreibung kommt, erzeugen dieselben Rahmenbedingungen den Anreiz, so rasch wie möglich wieder voll zu arbeiten, was wiederum zu einer Verkürzung der Rehabilitationszeit führt.

7.3.4 Standardisierung, Leistungs- und Kostenkontrolle

Wird Post-Taylorfordismus zwar zum einen mit einer Erweiterung des Aufgabenspektrums und einer stärkeren Überantwortung von Kontrolle an die Beschäftigten assoziiert, werden gleichzeitig Tendenzen zu einer stärkeren Standardisierung und Bürokratisierung festgestellt. Dies zeigt sich auch am Beispiel der indirekten Steuerung: den Beschäftigten werden einerseits mehr Freiräume in der Umsetzung des Arbeitsprozesses zugestanden, andererseits führt die Übersetzung von „Marktanforderungen“ in Zielvorgaben zu einer Bürokratisierung auf der Ebene der Ziele. Die erwünschten Ergebnisse werden genau beziffert und den Arbeitskräften zentral vorgegeben. Die Tendenz zur Standardisierung zeigt sich auch in der Definition von Aufgabenprofilen, die zwar in gewissen Fällen tatsächlich erweitert, aber wenig flexibel gehandhabt werden, was zur Diagnose einer Neo-Taylorisierung veranlasste (Crowley et al. 2010). Mit Lean Management-Konzepten wurde darüber hinaus in vielen Bereichen nicht nur

die Arbeitsintensität, sondern auch die Leistungskontrolle intensiviert. Gerade in gewissen Bereichen des Dienstleistungssektors wird außerdem anstelle einer Erweiterung eine zunehmende Fragmentierung von Aufgaben festgestellt, weshalb auch schon Bosch (2000, S. 254) von einer Retaylorisierung spricht. Für die Beschäftigten führen diese Entwicklungen vermehrt zu körperlichen und psychischen Beschwerden und Stress (Carter et al. 2011, 2013).

In den Versicherungen wurden entsprechende Forminvestitionen in Kontrollinstrumente in den Bereichen des Innendiensts, aber auch im Außendienst vorgenommen. Die engmaschige Leistungskontrolle im Innendienst, die Bewertung der Beschäftigten nach ihrem individuellen „Postkorbstand" und der Geschwindigkeit der Fallbearbeitung führen zu einem beständigem, gleichsam künstlich verstärkten Zeitdruck und erschweren es, die Arbeit nach eigenen Rhythmen zu gestalten. Auch Arbeitsabläufe im Außendienst waren in den letzten Jahren von einer zunehmenden Standardisierung betroffen. Neben quantitativen Zielvorgaben gilt es für die Kundenberater neuerdings auch qualitative Vorgaben, z. B. zum Ablauf eines Beratungsgesprächs, zu berücksichtigen und im Anschluss diesen Ablauf schriftlich zu dokumentieren. Dies führt zum einen zum Wegfallen von Ermessensspielräumen, zum anderen zu einer Mehrbelastung und steigender Aufgabenkomplexität. Die digitale Dokumentationsarbeit hält die Kundenberater – nach eigenem Empfinden – von der eigentlichen Verkaufsarbeit ab. Die Dokumentationsplattformen „könntest du [mit Daten] füttern und füttern und du hast zuletzt kein Geld verdient", so ein Kundenberater. Die vermehrte Dokumentationsarbeit führt in einen Widerspruch zur indirekten Steuerung, nach der das Hauptziel der Berater darin besteht, möglichst viele Versicherungen zu verkaufen. Durch die vermehrten administrativen Aufgaben fehlt ihnen die nötige Zeit für die Erreichung ihrer Verkaufsziele (Menz und Nies 2015, S. 237). Darüber hinaus führt die Handhabung digitaler Plattformen zu einer größeren Aufgabenkomplexität. Außerdem verringern die vom Management beabsichtigten Effizienzgewinne durch Standardisierung den Spielraum, auf individuelle Kundenwünsche einzugehen (Kleemann et al. 2019, S. 74).

Die Standardisierung und Intensivierung der Leistungskontrolle führen einerseits zu einer steigenden Arbeitsintensität und Aufgabenkomplexität, die bei Beschäftigten, die ohnehin psychische Belastungen erleiden, dazu beitragen, dass sie ihre Arbeit nicht mehr bewältigen können. Bei zusätzlich schwindenden Ermessensspielräumen kann diese Entwicklung auch dazu führen, dass die Beschäftigten keinen Sinn mehr in der Arbeit sehen, die Arbeit also keine positive rehabilitative Wirkung auf die psychische Gesundheit entfalten kann, sondern

eher negative Wirkungen auf das psychische Wohlbefinden zu erwarten sind.[11] Andererseits ist die Standardisierung problematisch im Hinblick auf die Anpassung von Arbeitsprofilen. Je rigider Arbeitsprofile gehandhabt werden, desto schwieriger sind Anpassungen zu rechtfertigen und organisatorisch umzusetzen.

Die Standardisierung von Aufgabenprofilen in Kombination mit einer Erweiterung des Aufgabenspektrums kann die Möglichkeiten des Krankheits- und Belastungsmanagements beeinträchtigen (Foster und Wass 2013). Dies trifft im *Industriebetrieb* gerade auch bei der eigentlich als gesundheits- und autonomieförderlich intendierten Maßnahme der *job rotation* zu. *Job rotation* erhöht insbesondere bei körperlichen Einschränkungen die Wahrscheinlichkeit, dass man eine der verschiedenen Tätigkeiten nicht ausüben kann. Aber auch bei psychischen Beschwerden kann der Einsatz an verschiedenen Arbeitsplätzen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Beschäftigte die Bedingungen an einem dieser unterschiedlichen Arbeitsplätze nicht vertragen. Ein Vorgesetzter berichtet vom Beispiel einer Mitarbeiterin, die er neu zusätzlich an einem Arbeitsplatz in einem fensterlosen Raum mit Maschinenlärm einsetzen wollte. Ab diesem Moment fiel sie aufgrund von psychischen Problemen aus, obwohl sie die Arbeit an ihrem vorherigen Arbeitsplatz problemlos hätte erledigen können. Es lässt sich vermuten, dass für sie das Krankheits- und Symptommanagement an diesem Arbeitsplatz nicht mehr funktionierte, weshalb sie es vorzog, sich krankschreiben zu lassen.

Mit der „Lean Production-Welle" verschärfte sich laut Dieter Sauer (2010, S. 554) auch der Kostendruck. Im Datenmaterial zeigt sich dies im Format der Kostendeckelung bei den Personalausgaben. Selbst wenn zusätzliche Personalausgaben, die sich aus Langzeitkrankheitsfällen ergeben, durch die Zahlungen der Krankentaggelder gedeckt sind, verhindern organisatorische Mechanismen wie eine maximale Anzahl an Vollzeitäquivalenten, die für jede Organisationseinheit definiert sind, dass eine temporäre Ersatzkraft rekrutiert wird. Dies führt wiederum dazu, dass Stellvertretungen bei Langzeitabwesenheiten schwieriger umzusetzen sind, was den Druck auf die verbleibende Belegschaft, aber auch auf die krankgeschriebenen Beschäftigten erhöht.

[11] Gemäß dem Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek und Theorell (1990) führt Arbeit dann zu Stress, wenn hohe Anforderungen, wie Zeitdruck, Arbeitsdichte und Komplexität der Aufgaben mit geringen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen einhergehen.

7.4 Zwischenfazit: Arbeitsorganisation, Eingliederung und Rechtfertigung

Wie in diesem Kapitel gezeigt wurde, wirken sich die *Formate* der Arbeitsorganisation darauf aus, ob und wie Eingliederungsmaßnahmen in Unternehmen umsetzbar sind. Sie beeinflussen auf der einen Seite, wie gut sich Maßnahmen *organisatorisch* umsetzen lassen. Eine niederschwellige, aber für den Eingliederungsprozess zentrale Strategie ist das Krankheits- und Belastungsmanagement. Dieses beruht auf der alltäglichen Regulierung von Krankheitssymptomen und ist abhängig vom Spielraum, Belastungen im Alltag zu bewältigen. Unter Umständen lässt es sich durch die Betroffenen individuell umsetzen, ohne dass betriebliche Maßnahmen nötig sind. Relevant für das Krankheits- und Belastungsmanagement ist, ob die Arbeitszeiten und der Arbeitstakt von den Beschäftigten autonom gestaltet werden können, ob sie z. B. flexibel Pausen einlegen können – eine Bedingung, die bereits in Abschn. 2.2 als Faktor einer inklusiven Arbeitsorganisation angesprochen wurde. Zudem ist von Bedeutung, ob sich Arbeitsbelastungen in einem Job regulieren lassen, wie etwa über die An- und Abwesenheit am Arbeitsplatz. Letzteres wirkt sich nicht nur auf die Möglichkeiten des Krankheits- und Belastungsmanagements aus, sondern auch darauf, ob eine stufenweise Wiedereingliederung, bei der die Arbeitsbelastung langsam gesteigert wird, überhaupt sinnvoll ist. Die organisatorische Umsetzbarkeit von Eingliederungsmaßnahmen im engeren Sinn – der stufenweisen Wiedereingliederung sowie der Anpassung von Aufgaben – hängt außerdem davon ab, wie flexibel Aufgabenprofile definiert sind: Können Aufgaben zusammengestellt werden, die sich innerhalb eines kleinen Pensums erledigen lassen und die dennoch einen sinnvollen Beitrag zur Produktion ermöglichen? Ist es möglich, bestimmte Anforderungen und Tätigkeiten aus einem Aufgabenprofil zu entfernen? Es kommt also auch auf die ebenfalls in Abschn. 2.2 angesprochene Aufgabenkomplexität an sowie die offiziell oder informell praktizierte *Flexibilität,* Stellenprofile an Beschäftigte anzupassen.

Auf der anderen Seite beeinflussen die Formen der Arbeitsorganisation, in welchem Ausmaß ein eingeschränktes Arbeitsvermögen und Eingliederungsmaßnahmen *Rechtfertigungsbedarf erzeugen.* Eingliederungsmaßnahmen bedeuten in den meisten Fällen eine Abweichung von den für die anderen Beschäftigten üblichen Pflichten und Leistungsvorgaben. Sie können dazu führen, dass Mehraufwand für das Team oder eine andere Abteilung anfällt. Die Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen wirft deshalb Fragen der Gerechtigkeit auf, die für stigmatisierte Krankheitsbilder wie psychische Erkrankungen umso drängender sind (Colella 2001). Verschiedene Merkmale der Arbeitsorganisation wirken

sich darauf aus, wie groß der Rechtfertigungsbedarf von Eingliederungsaktivitäten ausfällt. Es beginnt mit der Art und Weise wie die Arbeit während der Krankheitsabwesenheit eines Teammitglieds organisiert wird. Wenn der Ausfall einer Arbeitskraft zu einer Mehrbelastung des Teams führt und Vorgesetzten die Erfüllung ihres Leistungsauftrags erschwert, ist mit einer sinkenden Toleranz zu rechnen. Dies kann dazu führen, dass eine weiterhin eingeschränkte Arbeitsfähigkeit während des Wiedereinstiegs am Arbeitsplatz umso plausibilisierungsbedürftiger wird, und zwar gerade bei psychischen Erkrankungen, die für das Umfeld nicht an eindeutigen Symptomen erkennbar sind. Für die Betroffenen kann sich daraus ein Druck ergeben, möglichst rasch wieder an die Arbeit zurückzukehren und ihr volles Pensum zu bewältigen. Der Druck ist verschärft, wenn die personellen Ressourcen knapp sind und die Leistungserwartungen in einer Abteilung bereits ohne den Krankheitsausfall als hoch empfunden werden. Eine ähnliche Dynamik ergibt sich in Bereichen, in denen ein hoher Leistungsdruck besteht und Teilzeitarbeit nicht üblich ist. Für einen stufenweisen Wiedereinstieg in die Arbeit, bei dem jemand, dem man äußerlich nichts ansieht, jeweils früher als die anderen Feierabend machen kann, ist dann mit weniger Verständnis zu rechnen. Die Akzeptanz, mit der Anpassungen von Arbeitsaufgaben aufgenommen werden, hängt damit zusammen, wie flexibel Arbeitsprofile und Leistungsvorgaben definiert sind und in der Praxis gehandhabt werden. Wenn Aufgabenprofile generell rigide gehandhabt werden, führt die Anpassung von Aufgaben an gesundheitliche Einschränkungen von Beschäftigten zu erhöhtem Rechtfertigungsdruck. Generell gilt, dass Eingliederungsmaßnahmen, die nicht auf einem institutionalisierten Angebot beruhen, in stärkerem Maß kritikanfällig und damit rechtfertigungsbedürftig sind.

Abb. 7.1 zeigt in leicht abgewandelter Form noch einmal das integrative Diagramm aus Abschn. 4.6. Der von Kap. 5 bis zu dieser Stelle dargelegte Argumentationszusammenhang ist darin grafisch dargestellt. Vom Kontext der Arbeitsorganisation (Kasten oben links) gehen drei Pfeile aus: Die Arbeitsorganisation wirkt sich, wie in diesem Kapitel beschrieben, *erstens* auf die organisatorische Umsetzbarkeit von Eingliederungsmaßnahmen aus und *zweitens* auf den entstehenden Rechtfertigungsbedarf. *Drittens* kann die Arbeitsorganisation auch einen Einfluss darauf haben, nach welchen Kriterien Eingliederungsmaßnahmen gerechtfertigt werden, wie ich bereits in Kap. 6 ausgeführt habe.

Die betrieblichen Akteurinnen reagieren mit verschiedenen Strategien auf den wahrgenommenen Rechtfertigungsbedarf. Sie versuchen zum einen, die getroffene Eingliederungsmaßnahmen weniger kritikanfällig zu machen, also den Rechtfertigungsbedarf zu reduzieren (Kasten oben rechts). Eine im empirischen Material vorgefundene Strategie zielt auf die Herstellung von Akzeptanz, indem

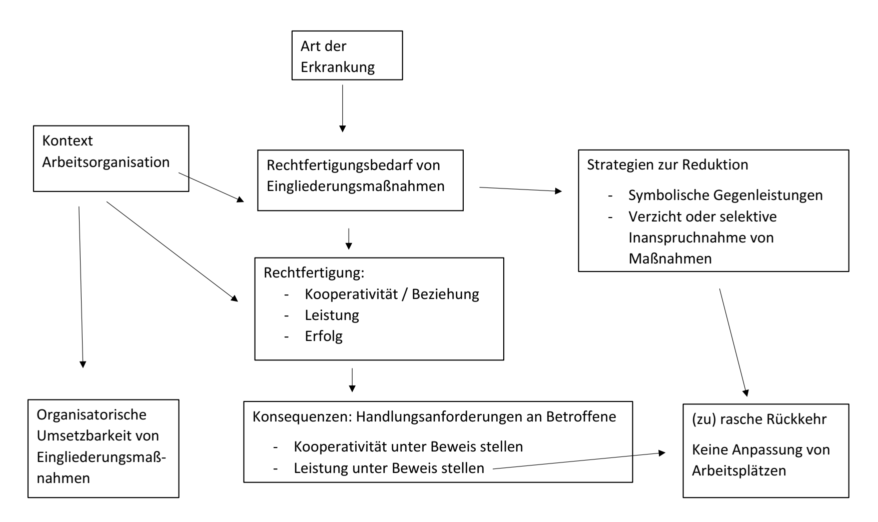


Abb. 7.1 Arbeitsorganisation und Rechtfertigungsbedarf

Kollegen, die im Zusammenhang mit Eingliederungsmaßnahmen Mehrarbeit leisten müssen, (symbolische) Gegenleistungen, z. B. kleinere Geschenke, angeboten werden. In gewissen Fällen wird gänzlich auf bestimmte Maßnahmen *verzichtet,* mit der Begründung, dass diese vom betrieblichen Umfeld nicht akzeptiert werden würden. Eine andere Strategie lässt sich als Kompromiss beschreiben: Maßnahmen werden nur *teilweise umgesetzt*. Die Strategie der teilweisen Umsetzung von Maßnahmen kann darin bestehen, dass die Betroffenen ihr mit den Ärztinnen abgesprochenes Teilzeitpensum nur dann in Anspruch nehmen, wenn die Arbeitsauslastung des gesamten Teams nicht zu hoch ist.

Als weitere Reaktion ist das Äußern expliziter Rechtfertigungen zu nennen (Kasten in der Mitte). Häufig argumentieren betriebliche Akteurinnen mit dem kooperativen Verhalten von Betroffenen, um zu begründen, dass ein gewisser Aufwand zur Reintegration vertretbar ist. In Arbeitsbereichen, die durch einen hohen Leistungsdruck geprägt sind, zum Beispiel aufgrund einer engmaschigen Leistungskontrolle oder als komplex geltender Aufgaben, wird zudem mit der weiterhin zu erwartenden Leistungsfähigkeit der Betroffenen argumentiert. Wenn einzelne Mitarbeitende oder ganze Teams über ihre monetär ausgedrückten Beiträge zum Unternehmenserfolg bewertet werden, wie es im Versicherungsaußendienst der Fall ist, kann zudem der Verkaufserfolg eines Mitarbeiters als

Rechtfertigung dafür dienen, dass sich eine Wiedereingliederung in seinem Fall auszahlt (vgl. dazu Kap. 6).

Aus den beschriebenen Rechtfertigungsmustern ergeben sich Handlungsanforderungen an die Betroffenen (Kasten unten Mitte). Wenn sie eine Wiedereingliederung wünschen, ist es für sie von Vorteil, sich im Umgang mit dem Betrieb möglichst kooperativ, sowie weiterhin leistungsbereit und -fähig zu präsentieren. Daraus, wie auch aus den Strategien zur Reduktion des Rechtfertigungsbedarfs, ergeben sich mitunter für die Rehabilitation dysfunktionale Dynamiken: Um den Rechtfertigungsbedarf gering zu halten oder um die eigene Leistungsfähigkeit zu beweisen, wird zuweilen ein zu rascher Wiedereinstieg in die Arbeit angestrebt oder auf unterstützende Maßnahmen, wie z. B. die Anpassung von Arbeitsplätzen verzichtet.

Bezugnehmend auf die These, dass das Potenzial zur Integration gesundheitlich eingeschränkter Menschen unter den Bedingungen post-fordistischer bzw. post-tayloristischer Arbeitsverhältnisse abgenommen hat, wurden die Beobachtungen der Studie in Abschn. 7.3 mit verschiedenen arbeitssoziologischen Zeitdiagnosen in Verbindung gebracht. Die Auswirkung „entgrenzter" Arbeitsverhältnisse, in denen Arbeitszeiten und -orte nicht mehr klar definiert sind, muss vor dem Hintergrund der dargestellten Ergebnisse als ambivalent beurteilt werden. Flexible Arbeitszeiten und -orte erlauben es mitunter, Arbeitsrhythmen und Pausen autonomer zu gestalten und können damit gute Bedingungen für das Krankheits- und Belastungsmanagement schaffen. Wenn immer und überall gearbeitet werden *könnte,* kann dies das Belastungsmanagement umgekehrt auch erschweren, da die Arbeitsbelastung nicht mehr über die An- und Abwesenheit vom Arbeitsplatz gesteuert werden kann. Die Entgrenzung von Erwerbsarbeit und Privatleben kann darüber hinaus die entlastende Wirkung eines vorübergehenden Teilzeitpensums unterwandern. Grundsätzlich zu überdenken ist vor diesem Hintergrund die Idee, dass (psychische) Beanspruchungen durch die Erwerbsarbeit allein durch physische Anwesenheit am Arbeitsplatz reguliert werden können. Gewisse Arbeitsumfelder sind per se belastend und stressig, unabhängig vom offiziell definierten Arbeitspensum. Die Idee, dass eine bloße Reduktion der Anwesenheit am Arbeitsplatz zu einer Entlastung führt, geht von einer tayloristischen Arbeitswelt aus, in der Arbeitszeit, Leistung und Beanspruchung gleichgesetzt werden können. Wenn Arbeitsaufwand und Erfolg, wie zum Beispiel unter den Bedingungen der indirekten Steuerung, entkoppelt sind, nützt ein therapeutisches Teilzeitpensum für die Rehabilitation wenig. Grundsätzlich erfordern flexible Arbeitszeiten und -orte darüber hinaus stärkere Abgrenzungsleistungen von den Beschäftigten, die gerade für psychisch erkrankte Mitarbeitende zu einer zusätzlichen Belastung werden können.

Das Prinzip der Selbstorganisation kann ähnlich ambivalente Auswirkungen auf das Potenzial zur Umsetzung von Reintegrationsmaßnahmen haben. Zum einen ist von einer erhöhten Autonomie in der Gestaltung des Arbeitsprozesses auszugehen, was Spielräume für das Krankheits- und Belastungsmanagement vergrößert. Zum anderen kann mit dem Prinzip der Selbstorganisation eine starke Identifikation mit der Erwerbsarbeit einhergehen. Dies birgt die Gefahr, dass Beschäftigte im Wiedereingliederungsprozess die vereinbarten Schonräume und -zeiten freiwillig weniger nutzen als vorgesehen ist. Findet die Selbstorganisation auf der Ebene von Gruppen statt, ist zudem das Krankheits- und Belastungsmanagement erschwert, weil der Arbeitstakt durch die Gruppe bestimmt wird. Die Beanspruchung von Schonräumen ist unter diesen Bedingungen zusätzlich mit den Leistungserwartungen und Ansprüchen der Arbeitsgruppe zu vereinbaren, was ebenfalls dazu führen kann, dass Eingliederungsmaßnahmen nur halbherzig umgesetzt werden.

Die Umsetzung eines temporären Teilzeitpensums oder die Anpassung von Arbeitsaufgaben ist erst recht erschwert, wenn das Prinzip der indirekten Steuerung hinzukommt. In diesem Fall müssen die Beschäftigten vom Management vorgegebene Ziele erreichen. Für erkrankte Arbeitskräfte heißt dies, dass sich Fehltage unmittelbar als verpasste Chancen auf die Zielerreichung auswirken. Wenn zudem Ziele auf Gruppenebene erreicht werden müssen, gefährden Krankheitsabwesenheiten den Erfolg des gesamten Teams. In einem solchen Kontext haben die Betroffenen ein starkes Interesse, ihre Abwesenheiten vom Arbeitsplatz möglichst kurz zu halten und rasch wieder voll für ihre Arbeit zur Verfügung zu stehen.

Die als „neo-tayloristische" Entwicklungstendenz beschriebene Standardisierung von Tätigkeiten und Intensivierung der Leistungskontrolle führen in einigen Arbeitsbereichen zu einer steigenden Arbeitsintensität und Aufgabenkomplexität. Für Beschäftigte mit psychischen Belastungen kann es unter diesen Umständen schwieriger werden, ihre Arbeitsaufgaben zu bewältigen. Die rigide Standardisierung von Arbeitsprofilen hat zudem zur Folge, dass die Anpassung von Arbeitsaufgaben schwieriger umzusetzen ist und höheren Rechtfertigungsbedarf im Unternehmen erzeugt.

Festzuhalten ist mit Hinblick auf die These einer erschwerten Reintegration unter den Bedingungen des Post-Taylorfordismus, dass verschiedene Entwicklungstendenzen, die mit diesem Konzept assoziiert werden, unterschiedliche und teils ambivalente Auswirkungen auf das Potenzial zur Wiedereingliederung haben.


BY

8 Krankheit ohne Krankschreibung

Die bisherige Analyse legte den Fokus auf diejenigen Beschäftigten des Samples, deren Arbeitsunfähigkeit durch eine ärztliche Krankschreibung attestiert und mit einem längeren Ausfall am Arbeitsplatz verbunden war. Aufgrund des Stigmas kann man davon ausgehen, dass ein Teil der Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen diese am Arbeitsplatz nicht offenlegen (vgl. Abschn. 2.3.4). Wegen der Vermittlung des Feldzugangs durch das BGM habe ich im Rahmen meiner Forschung nur Zugang zu Personen erhalten, deren Erkrankungen im Betrieb bekannt sind. Dies stellt eine Einschränkung dieser Studie dar. Gleichzeitig hat sich bei der Datenerhebung aber gezeigt, dass das BGM in den beiden Versicherungsunternehmen auch Beschäftigte unter dem BGM-internen Label der „psychischen Probleme" begleitet, die nicht krankgeschrieben wurden und keine solche Diagnose offengelegt haben. Bezüglich der Frage nach betrieblichen Deutungsmustern hinsichtlich psychischer Erkrankungen von Beschäftigten ist dies ein interessanter Befund: die Zuschreibung psychischer Gesundheitsprobleme erfolgt mitunter auch ohne die Grundlage einer ärztlichen Diagnose und Krankschreibung. Im Folgenden gehe ich der Frage nach, wie es zu einer Begleitung von Krankheitsfällen ohne Krankschreibung kommt, welche Konsequenzen sich für die Betroffenen und die Betriebe ergeben und welche Bedeutung diese Art von Begleitung aus der Perspektive der Arbeitgeber hat. Inwiefern unterscheiden sich die Deutungsprozesse und Begründungslogiken bezüglich Personalmaßnahmen von den Fällen, in denen eine Krankschreibung vorliegt? In den folgenden Abschnitten lege ich anhand des Fallbeispiels von Bernhard Aebischer dar, wie es zu einer Kategorisierung eines Beschäftigten als „psychischer" Fall ohne offizielle Krankschreibung kommen kann.

A. Gonon, *Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit*, Soziologie der Konventionen,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41117-6_8

8.1 Das Fallbeispiel Bernhard Aebischers

Bernhard Aebischer ist zum Interviewzeitpunkt 47 Jahre alt und arbeitet als Kundenberater in einer Versicherung.[1] Ungefähr ein Jahr vor dem Interview hatte er – in eigenen Worten – einen „schlechten" Start ins Kalenderjahr. Schon davor hat er „die Zahlen nicht gebracht" und wurde von seinen Vorgesetzten zu Gesprächen vorgeladen, in denen seine mangelnde Leistung Thema war. Als Kundenberater wird seine Leistung umfassend quantifiziert und an Zielvorgaben gemessen (vgl. Abschn. 7.1.2). Der direkte Vorgesetzte Hannes Roth erinnert sich, dass Bernhard Aebischers Leistung auch in anderer Hinsicht nicht befriedigte: so hielt er sich nicht an die Standards der Gesprächsführung, erfasste Kundendaten nicht wie vorgeschrieben und hatte zu wenig Kundentermine. Gegen die Anforderung, Daten zu erfassen, wehrte er sich mit der Begründung, dass ihm dies produktive Zeit stehle.

Beide, der Beschäftigte und der direkte Vorgesetzte, bringen die Leistungsverschlechterung mit einem Führungswechsel in Verbindung. Bernhard Aebischer war zuvor direkt dem Generalagenten unterstellt gewesen und hat nach dessen Pensionierung in ein Team gewechselt, das von Hannes Roth geführt wird, aber zugleich der Leitung eines übergeordneten Vorgesetzten, Felix Rüefli, untersteht. Mit diesem hat Bernhard Aebischer Jahre zuvor auf der gleichen Hierarchieebene zusammengearbeitet. Bernhard Aebischer kritisiert im Interview den Führungsstil dieses Vorgesetzten. Der direkte Vorgesetzte Hannes Roth wurde von Felix Rüefli informiert, dass Bernhard Aebischer bereits früher mit Leistungsschwankungen aufgefallen war, die sich in „Hochs und Tiefs" äußerten und dass er diesbezüglich „Betreuung" benötigte. Der Blick des Vorgesetzten Hannes Roth scheint also durch die Wahrnehmung des übergeordneten Vorgesetzten geprägt.

Zum Zeitpunkt ein Jahr vor dem Interview schreibt Bernhard Aebischer so schlechte Zahlen, dass es laut Hannes Roth „finanziell einen Einfluss hat". Gemeinsam mit Felix Rüefli lädt er ihn zu einem Gespräch vor, mit dem ein Disziplinarverfahren eingeleitet werden soll. Ein Maßnahmenplan ist „parat": Vorgesehen ist eine auf drei Monate angelegte „Zielvereinbarung", welche dieselben Ziele enthält, an denen die Arbeit der Kundenberater ohnehin gemessen wird. Mit einer individuellen schriftlichen Vereinbarung wird jedoch der Druck

[1] Die Fallanalyse beruht auf Interviews mit Bernhard Aebischer, seinem direkten Vorgesetzten und dem zuständigen BGM-Verantwortlichen.

auf den Beschäftigten erhöht, weil mit ihrer Nichterfüllung weitere Konsequenzen verbunden sind.[2] Laut Hannes Roth soll sie als „Warnschuss" dienen.

Bernhard Aebischer erinnert sich, dass seine Vorgesetzten ihn im Gespräch auf die „schlechten Zahlen" ansprechen, er sich jedoch weigert, mit ihnen „über Zahlen zu diskutieren". Als sie ihn über die geplanten Maßnahmen unterrichten, teilt er ihnen bildhaft ausgeschmückt seine Überforderung mit:

> habe ich gesagt, ich bin an einem Punkt angelangt, mit diesen vielen Veränderungen, die ihr machen wollt, die für mich momentan nicht ... tragbar sind. Es geht irgendwie nicht. Ich checke die Abläufe zum Teil nicht mehr ... oder ... du wirst nachlässig und das kann es irgendwie nicht sein. ... Und dann hat man das gemerkt, ... also gemerkt, nein, man hat es nicht gemerkt, ich habe es gesagt, es IST so. Und ich habe ganz klar gesagt, ich fühle mich, ... wie ein kleines Mädchen (1) an einer stark befahrenen Hauptstraße (3) auf der linken Seite mein Teddy, auf der anderen Seite im Straßengraben liegt mein Ball, den ich verloren habe, und irgendwie möchte ich diesen Ball wieder und stehe hier an dieser Straße und ich weiß nicht wie ich das machen soll, oder. Und ich ... ich brauche niemanden, der mir jetzt hier (1) quasi einen Stoß gibt, von hinten, oder, dass ich vom nächsten ... Lastwagenzug erfasst werde, (1) und dann ist das für sie eigentlich ziemlich klar gewesen, jetzt ist gar nicht mehr gut, ... wir müssen dem genauer nachgehen, und dann ist das ganze Case Management ins Spiel gekommen.

Bernhard Aebischer bringt in dem Gespräch vor allem seine Defizite zur Sprache: er kann den an ihn gerichteten Erwartungen nicht mehr Folge leisten, weil sie ihn überfordern. Er vergleicht sich mit einem kleinen Mädchen, das sein gewohntes Spiel nicht mehr spielen kann, weil es sich in einer unwirtlichen, existenzbedrohenden Umgebung befindet. Dieser Vergleich erscheint gerade in der männlich geprägten und auf Leistung getrimmten Sphäre des Versicherungsaußendienstes als dramatisches Eingeständnis von Schwäche. Implizit enthält das gewählte Bild eine Schuldzuweisung an das Unternehmen. Das Problem liegt nämlich im Kontext, der feindlich gesinnten Umgebung von Lastwagenzügen und der Hand, die einem den letzten Stoß in den Rücken versetzen will. Im Interviewverlauf berichtet Bernhard Aebischer wiederholt und ausführlich von den problematischen strukturellen Bedingungen im Versicherungsaußendienst (vgl. Abschn. 10.1) und beschwört das Ideal einer menschlicheren Kundenberatung und eines an den Bedürfnissen der Kundinnen orientierten Dienstleistungsethos, das im Gegensatz zum heute dominierenden Streben nach einer maximalen Anzahl an Versicherungsabschlüssen steht (Menz und Nies 2015; Holtgrewe und Voswinkel 2002).

[2] Beim mehrmaligen Nichterfüllen von Zielvereinbarungen kann gemäss Disziplinarverfahren das Arbeitsverhältnis aufgelöst werden.

Für ihn selbst besitzt sein Eingeständnis in der Tat den Charakter eines Vorwurfs. Er erklärt im Interview, die Wut über den unmenschlichen Führungsstil des höheren Vorgesetzten und dessen fehlende Sensibilität dafür, dass es ihm nicht gut geht, hätten sich über längere Zeit angestaut. Mit Befriedigung stellt er fest, dass die Vorgesetzten nun endlich erkennen, dass „etwas nicht stimmt".

Hannes Roth nimmt die Äußerung seines Mitarbeiters aber nicht primär als Vorwurf, sondern als manifestes Eingeständnis von Schwäche auf. Er leitet daraus ab, dass es Bernhard Aebischer gesundheitlich nicht gut geht. Nach seiner Darstellung hat Bernhard Aebischer „eröffnet", „dass er überfordert ist, dass er nicht weiterkommt, dass er Hilfe braucht". Das Eingeständnis von Überforderung hat für die Vorgesetzten direkte Konsequenzen. Es führt laut Hannes Roth dazu, dass „in dem Bereich, in dem wir gewollt hätten, keine Maßnahmen getroffen worden sind", dass also auf das Disziplinarverfahren verzichtet wird. Stattdessen bringen die Vorgesetzten in Hannes Roths Worten das „Care System" „zum Laufen ", indem sie das BGM einschalten. Bernhard Aebischers Anspruch einer nicht selbstverschuldeten Schwäche wird somit institutionell Rechnung getragen, indem sie als gesundheitlich bedingt gerahmt und als BGM-relevant eingestuft wird. Er wird zu einem Fall, der unter dem Aspekt von „Care" anstelle von Leistung betrachtet werden muss.

Bald darauf meldet sich ein BGM-Mitarbeiter bei Bernhard Aebischer und bietet ihm eine persönliche Begleitung an. Er wird so zu einem BGM-Fall. Eine weitere Medikalisierung seiner Probleme lehnt er jedoch ab. Er erinnert sich an die Fragen: „Nimmst du einen Psychologen, nimmst du einen Psychiater, bist du krank?", und stellt es als seine aktive Entscheidung dar, „nicht krank machen" zu wollen, um die „Nähe zum Betrieb" nicht zu verlieren. Eigentlich würde ihm die Krankenrolle Entlastung bringen. Demgegenüber scheint aber die mit ihr verbundene Stigmatisierung schwergewichtiger. Die Einordnung als krank hätte ihn noch mehr geschwächt, hält er im Interview fest. Er habe für eine „stärkende" Maßnahme optiert. Eine ärztlich bestätigte Diagnose ist aus der Sicht des BGMs in der *Komfortia* keine Voraussetzung für eine BGM-Begleitung. Hannes Roth beschreibt den Zustand seines Mitarbeiters in vagen Begriffen als psychisches Problem: es handle sich um eine psychische Blockade, die überwunden werden muss. An anderer Stelle sagt er: „im Kopf oben funktioniert [es] nicht mehr." Hannes Roth unterstellt damit eine in medizinischer oder psychologischer Perspektive objektiv feststellbare Funktionsstörung, ohne jemals einen ärztlich autorisierten Beleg für ein Gesundheitsproblem eingefordert zu haben. Die Definition als psychische Überforderung stellt in diesem Fall eine Art Minimalkonsens

der Beteiligten über die Problematik dar, also eine Definition mit der alle einverstanden sein können, mit der sie aber eigentlich unterschiedliche und unvereinbare Ansichten über den Hintergrund des Problems verbinden.

Aus diesen Gesprächen ergeben sich nach Hannes Roth „Begleitungen". In wöchentlichen Einzelgesprächen mit Bernhard Aebischer unterstützt er ihn in der Einhaltung der vorgegebenen Arbeitsabläufe. Zudem begleitet er ihn zu Kundenterminen. Außerdem erhält Bernhard Aebischer ein internes Telefoncoaching, um seine Wirkung auf Kunden zu testen. Hier zeigt sich nach seiner Erinnerung, dass es nicht an Bernhard Aebischers mangelnden Arbeitstechniken gelegen hat, sondern dass vorwiegend „die Psyche nicht mitgespielt" habe.

Der zuständige BGM-Verantwortliche Felix Siegrist vermittelt Bernhard Aebischer ein Resilienztraining, das dieser äußerst positiv bewertet: er habe dort seine Stärken, wiederentdeckt, die er – „eingezwängt" in das enge „Schema" seines Jobs – vernachlässigt habe. Felix Siegrist scheint sich in seiner Deutung des Falls sehr sicher: er sieht die Problematik in Bernhard Aebischers „Frustration" angesichts des erhöhten Drucks im Versicherungsaußendienst und seinem Leiden unter der „zahlenorientierten", „unsensiblen" Führung. Dies habe zu einer Verunsicherung und damit zu einer Leistungsverschlechterung geführt. In der Begleitung sei sein Ziel gewesen, die Frustration zu lindern, ihm dabei zu helfen, „großzügiger darüber hinwegzugehen", „Distanz" zu gewinnen und den „ruppigen Führungsstil" hinzunehmen, sich nicht als „Opfer" zu sehen sowie eine mögliche berufliche Umorientierung zu fördern.

Nach einigen Monaten heben Hannes Roth und Felix Rüefli die informelle Schonfrist auf und wechseln zurück ins Register des Disziplinarverfahrens. Im Interview begründet Hannes Roth diesen Schritt damit, dass Bernhard Aebischer gesagt habe, „er habe wieder den Anschluss gefunden" und es gehe ihm „psychisch besser". Mit einer erneuten Zielvereinbarung habe man ihm „die Richtung zeigen [wollen], wo soll es für ihn weitergehen, was soll er noch priorisieren". Bernhard Aebischer selbst ordnet diese Wendung anders ein: er führt den Wechsel darauf zurück, dass er sich in einer firmeninternen Umfrage kritisch über seine Agentur geäußert und dadurch das Wohlwollen seiner Vorgesetzten verloren habe.

Die Zielvereinbarung, der Bernhard Aebischer in den folgenden drei Monaten genügen muss, enthält nach seiner Erinnerung sieben „Leistungsziele", die Verkaufszahlen und Verhalten betreffen. Besonders geht Bernhard Aebischer auf ein „Loyalitätsziel" ein, das er als „Maulkorb" bezeichnet und mit der Kritik in Verbindung bringt, die er in der Umfrage formuliert hat. So muss er künftig Äußerungen in internen Umfragen von seinem direkten Vorgesetzten genehmigen lassen.

Nach seiner Wahrnehmung erfüllt Bernhard Aebischer die Ziele der Vereinbarung und übertrifft manche sogar. Auch Hannes Roth bewertet seine Leistungen als befriedigend. Trotzdem kündigt er an, man werde Bernhard Aebischer im Anschluss eine weitere Zielvereinbarung auferlegen. Er begründet dies im Interview damit, dass ihm eine solche Vereinbarung dabei helfe, längerfristig besser auf seine Ziele zu fokussieren. Zudem handle es sich dabei um „erfüllbare" Ziele, die man erreichen könne, „wenn man den Willen zeigt".

Übertragen in die Begrifflichkeit des Rechtfertigungshandelns stellt Bernhard Aebischer mit dem Geltendmachen seiner Überforderung die Angemessenheit der von seinen Vorgesetzten durchgeführten „Prüfung" und des durch sie hervorgehobenen „Wertes" in Frage. Angesichts seiner angeschlagenen psychischen Verfassung, so fordert er, kann es nicht um seinen über Verkaufszahlen ausgedrückten Wert als Mitarbeiter gehen, sondern vielmehr um den Wert der durchgeführten Personalmaßnahmen und damit letztlich um die „Größe" des Arbeitgebers (Nadai et al. 2019, S. 18). Als unangemessen erscheint ein Disziplinarverfahren bei Beschäftigten mit (psychischen) Gesundheitsproblemen (vgl. Kap. 9), als angemessener dagegen eine Begleitung durch das Gesundheitsmanagement. Zudem veranschaulicht das Fallbeispiel, wie die Natur des Problems zwischen den Beteiligten ausgehandelt wird (vgl. Abschn. 8.2).

8.2 Psychische Probleme als betriebliche Kategorie

8.2.1 Die Zuschreibung psychischer Probleme

Medizinische Laien spielen in der Zuschreibung psychischer Probleme oft eine wichtige Rolle – auch für solche, die später durch eine ärztliche Diagnose bestätigt werden: „It is not always psychiatry or the ‚psy professions' that labels people as mad or mentally ill, they usually rubber stamp (and specifically medicalize) decisions which have been made already in the lay arena by family, friends, neighbours or colleagues." (Spandler und Anderson 2015, S. 17) Die Zuschreibung psychischer Probleme jenseits medizinischer Diagnosen kann in gewissen Fällen auch durch die *Betroffenen selbst* angestoßen werden, wie im Fall Bernhard Aebischers, auch wenn dies von ihm nicht zwingend beabsichtigt wurde. In anderen Fällen des Datenmaterials wird sie durch Mitarbeitende des BGM oder durch direkte Vorgesetzte veranlasst.

Eine Zuschreibung psychischer Probleme *durch das BGM* ist vor allem in den beiden Versicherungsunternehmen wahrscheinlich, weil diese die Zuständigkeit des BGM sehr weit fassen. In der *Komfortia* können nicht nur kranke Beschäftigte

das Angebot zur Beratung und Begleitung nutzen, sondern auch Mitarbeitende mit diversen Problemstellungen. Die BGM-Leiterin führt aus:

> wir tun nicht nur Mitarbeiter begleiten, die krank sind, sondern ... unsere Tür ist offen für alle. Wir haben dann am Anfang auch gesagt, ah jetzt kommt wieder einer mit Eheproblemen, oder, der hat DAS, oder so, oder? Wo wir dann irgendwann sagen, mein Gott, oder? Aber schlussendlich, der Effekt davon ist, dass er sich nicht wohl fühlt, dass er fehlt am Arbeitsplatz, dass er schlechte Stimmung verbreitet, dass er traurig ist, was auch IMMER, oder? Und das möchten wir eigentlich vermeiden, also ist, wir nehmen alles. Man kann kommen mit was man will.

Diese offene Definition der Zuständigkeit für alle möglichen Probleme von Beschäftigten wird im Zitat mit der Zielsetzung des BGM begründet, die darin liegt, unabhängig von der Natur der Probleme ihre negativen Auswirkungen auf die Arbeit im Betrieb so klein wie möglich zu halten. Auch in der *Celestia* ist die Zuständigkeit weit gefasst. Hier sind BGM-Verantwortliche auch für die Intervention bei Konflikten, sexueller Belästigung oder Mobbingfällen zuständig. Die breite Zuständigkeit der betrieblichen Fachstelle für die Gesundheit der Mitarbeitenden führt dazu, dass eine breite Palette unterschiedlicher Probleme potenziell mit medizinischen Ursachen in Verbindung gebracht wird.

Die Einordnung als psychisches Gesundheitsproblem geschieht, wie das Beispiel Bernhard Aebischers zeigt, in *mehreren Schritten.* Von ihm selbst wurde diese Einordnung zwar angestoßen, sie war aber nicht eindeutig intendiert. Er selbst wollte mit seiner „Überforderung" auf problematische Arbeitsbedingungen aufmerksam machen. Die Kategorisierung seines Falls als „gesundheitlich" relevant erfolgte dann durch die Vorgesetzten, als diese das BGM als zuständige Fachstelle einschalteten. Eine Einordnung als „psychischer" Fall geschah in einem weiteren Schritt durch den zuständigen BGM-Verantwortlichen, der das Problem entsprechend einschätzte und im BGM-System erfasste.

Das Geltendmachen *gesundheitlicher* Probleme kann aus der Perspektive der betrieblichen Akteurinnen das Erreichen verschiedener Handlungsanliegen begünstigen. Zum einen können gesundheitliche Probleme als Grundlage für die *Kritik an den Arbeitsbedingungen* herangezogen werden (vgl. Kap. 10). Von Beschäftigten können sie auch mit der Absicht ins Feld geführt werden, vom Unternehmen eine *andere Behandlung zu verlangen,* wie z. B. sich disziplinarischen Maßnahmen zu entziehen (Zanoni 2011). Darüber können konkrete, vermutete Krankheitsbilder oder durch Laien gestellte Diagnosen *Erklärungen* für ein bestimmtes Verhalten liefern. Letzteres trifft zu für das Beispiel von Kilian Balmer.

Kilian Balmer ist ein Sachbearbeiter in einer Versicherung. Aufgrund eines Konflikts mit seinem Bürokollegen, der sich auf das Arbeitsklima des gesamten Teams auswirkt, wird das BGM eingeschaltet. In der Aufarbeitung des Konflikts dominiert die Interpretation, dass die Probleme von Kilian Balmer ausgehen, obwohl die Vorgesetzte Svenja Olesch rückblickend feststellt, dass auch dessen ehemaliger Bürokollege „gewisse Schwierigkeiten" habe, „mit Sachen umzugehen". Man habe jedoch gemerkt, dass Kilian Balmer „speziell reagiert" und schnell gestresst war. Um den Konflikt zu entschärfen, erhalten Kilian Balmer und sein Kollege getrennte Arbeitsplätze. Aber auch danach fühlen sich Teammitglieder durch Kilian Balmer gestört. Vorgeworfen wird ihm sein lautes Sprechen und seine Art, Mitarbeitende in unpassenden Momenten mit Fragen in Beschlag zu nehmen. Gemeinsam mit der BGM-Verantwortlichen gelangt Svenja Olesch zur Einschätzung, dass Kilian Balmer von einem nicht-diagnostizierten Asperger-Syndrom betroffen sei. Diese Laiendiagnose hat für Svenja Oleschs Beurteilung des Mitarbeiters eine entscheidende Bedeutung:

> es ist gut, das Verständnis zu haben, warum ... das anders ist, nicht böswillig, sondern einfach ... die Gehirnstrukturen ... das Nervensystem oder was auch immer, die Neuronen funktionieren SO und nicht anders. Und ... der Mensch KANN nicht anders. Und wenn man das VERSTEHT, dann geht es besser.

Die Erklärung der Problematik über eine letztlich biochemische Ebene entlastet Kilian Balmer von der Schuld für das als unangebracht kritisierte Verhalten und erleichtert es der Vorgesetzten, dieses als objektive Gegebenheit hinzunehmen. Wie Michael Dellwing (2010, S. 51) in seiner Beschreibung der „performativen Leistung" einer Erklärung über psychische Störungen hervorhebt, liefert die Zuschreibung psychischer Probleme einen „account" der störenden Situation „jenseits von Motiven". Die Person wird von ihrer Handlung „getrennt", sie kann also nicht im vollen Sinn für sie verantwortlich gemacht werden. Svenja Olesch überlegt sich ausgehend von der Vermutung eines Asperger-Syndroms, was für eine Art Begleitung Kilian Balmer „braucht". Sie führt regelmäßige Einzelbesprechungen mit ihm ein, um ihn gezielter bei der Stressbewältigung zu unterstützen. Die Unterstellung einer spezifischen psychischen Funktionsstörung legitimiert aus der Sicht der Vorgesetzten diesen Mehraufwand. Zugleich entlastet diese Erklärung davon, weiter auf der Teamebene nach möglichen Konfliktursachen zu suchen.

Die Zuschreibung psychischer Probleme jenseits ärztlicher Diagnosen kann mehr oder weniger *offen* erfolgen, wie im Fall Bernhard Aebischers. Sie kann aber auch *verdeckt* bleiben, also nur unter BGM-Verantwortlichen und Vorgesetzten diskutiert werden, wie in Kilian Balmers Fall. Die BGM-Verantwortliche

erklärt, dass man diesen nicht stigmatisieren wollte. Um jedoch Gewinne aus der Laiendiagnose ziehen zu können, kann es nötig sein, diese auf eine möglichst vage Art dennoch an die Betroffenen oder deren Umfeld zu kommunizieren. Svenja Olesch informiert das Team mit Kilian Balmers Einverständnis darüber, dass dieser „spezielle Eigenschaften" habe und „dass Konstanz wichtig ist, dass Stresssituationen entstehen, sobald eine Veränderung passiert". Nach ihrer Wahrnehmung ist das Team „erleichtert" und bringt Kilian Balmers zuvor als störend empfundenen Verhaltensweisen nun mehr Toleranz entgegen.

Je offener die Zuschreibung eines psychischen Problems oder gar einer psychischen Diagnose kommuniziert wird, desto mehr Zugzwänge zur Plausibilisierung können sich ergeben. Zum einen stellt sich das Problem der Beweisführung, dass es sich tatsächlich um eine psychische Symptomatik handelt. Zum anderen muss es als annehmbar erscheinen, dass trotz der vermuteten psychischen Problematik keine ärztliche Behandlung beansprucht wird. Diese beiden Erklärungszwänge sind einander entgegengesetzt und können in Widersprüche führen, die es auszubalancieren gilt.

Zunächst zur Frage, wie psychische Probleme überhaupt geltend gemacht werden, wenn sie nicht ärztlich bestätigt wurden: Eine Technik besteht darin, Verhaltensweisen von Personen direkt *mit Symptomen oder Syndromen,* die für bestimmte psychische Diagnosen typisch sind, *in Verbindung zu bringen.* Diese Technik stützt sich auf gesellschaftliches Alltags- und Laienwissen zu psychischen Erkrankungen (Castel et al. 1982). Sehr deutlich zeigt sich diese Taktik im Datenmaterial zum Fall von Kilian Balmer. Sowohl die Vorgesetzte als auch die BGM-Verantwortliche äußern in den Interviews Beschreibungen, die die Diagnose eines Asperger-Syndroms plausibilisieren. Die BGM-Verantwortliche betont, Kilian Balmer arbeite „nach wie vor gut im Zahlenbereich", dafür hapere es „auf der sozialen Ebene". Sie beruft sich damit auf das Phänomen der Inselbegabung bei gleichzeitigem Handicap im Sozialen. Die Vorgesetzte Svenja Olesch betont, dass dieser „sehr sorgfältig" arbeite, aber überfordert sei, sobald es über Routineaufgaben hinausgeht. Der Laiendiagnose verleihen die beiden zudem mit dem Verweis auf autorisiertes Fachwissen Gewicht: sie haben sich „eingelesen" und haben sich sogar von einer „Fachperson" informell beraten lassen.

Weniger elaboriert ist die Zuschreibung der psychischen Probleme im Fall von Bernhard Aebischer. Der Vorgesetzte stellt in seiner Fallschilderung wiederholt Bezüge zu Laienvorstellungen zu psychischen Störungen her, jedoch ohne diese mit dem Hinweis auf Expertenwissen zu untermauern. Er erwähnt, dass Bernhard Aebischer unter „starken Stimmungsschwankungen" leide und „Hochs und Tiefs" durchlebe. Sehr pauschal wirken die Bemerkungen, dass es

teilweise „im Kopf" nicht richtig „funktioniert" und die „Psyche nicht mitgespielt" habe. Hier erscheint es, als sei dem Vorgesetzten selbst nicht ganz klar, inwiefern sein Mitarbeiter von psychischen Problemen betroffen ist. Vielmehr erwecken seine Formulierungen den Eindruck, als ziehe er angesichts der Einordnung des Falls durch das BGM wie auch angesichts meines Interesses als Interviewerin allgemein verbreitete Kategorien und Klischees psychischer Erkrankungen als Interpretationsfolien heran, um der Kategorisierung als psychisches Gesundheitsproblem einen Sinn abzugewinnen.

Um die Einordnung der jeweiligen Beschäftigten als Fälle mit psychischen Problemen plausibel erscheinen zu lassen, bedienen sich die Interviewten einer weiteren Technik. Diese besteht darin, das Verhalten des Betroffenen als anormal herauszustellen. Die typischen rhetorischen Formen wurden von Dorothy Smith (1976) als „cutting out operations" bezeichnet. Diese beruhen darauf, das Verhalten einer Person zu beschreiben und mit einem Verhalten zu kontrastieren, das man für die jeweilige soziale Situation als normales, regelkonformes Verhalten postuliert. Das Verhalten der Person wird dabei nicht als bewusste bzw. beabsichtigte Abweichung von der postulierten Verhaltensregel dargestellt, sondern als ein Verhalten, das in scheinbarer Unkenntnis dieser für die anderen selbstverständlichen Verhaltensregeln erfolgt. Beispiele in Svenja Oleschs Darstellung beziehen sich auf Beschreibungen von Verhaltensweisen, mit denen Kilian Balmer seine Arbeitskolleginnen unbeabsichtigt störte: er sprach „zu laut" – schien sich also nicht bewusst zu sein, dass man im Büro mit gedämpfter Lautstärke spricht. Zudem stellt er Fragen zu unpassenden Augenblicken, was darauf hindeutet, dass er sich der sozialen Regeln für den richtigen Moment nicht bewusst war. Außerdem fiel Svenja Olesch auf, dass Kilian Balmer „schnell gestresst" war, seine Reaktion folglich nicht den normalen Maßstäben einer Stressreaktion entsprach. In ihrer Darstellung geht sie nicht auf mögliche Gründe für den Stress Kilian Balmers ein, die seine Reaktion als nachvollziehbar hätten erscheinen lassen, wie etwa Details zum Konflikt mit dem Arbeitskollegen oder Zeitdruck bei der Arbeit. Nach Smith (1976, S. 38) ist ebendiese *Dekontextualisierung* von Verhaltensweisen charakteristisch für die rhetorischen Formen, mit denen einer Person psychische Probleme attestiert werden. Das Verhalten der Person wird nicht aus dem Kontext einer sozialen Situation heraus erklärt, sondern über eine in ihr liegende, vermutete medizinische Ursache.

Erfolgt die Zuschreibung psychischer Gesundheitsprobleme mehr oder weniger offen, so ergibt sich für die Betroffenen die Frage, warum sie sich nicht in ärztliche Abklärung oder Behandlung begeben. Bernhard Aebischer erinnert sich an die Frage: „Nimmst du einen Psychologen, nimmst du einen Psychiater, bist

du krank?“, und er sieht es als seine eigene Entscheidung, darauf zu verzichten und eine weitere Medikalisierung abzuwenden. In einem anderen Fall stellt der Betroffene körperliche Probleme in den Vordergrund, von denen er zugleich betroffen ist. Da eine Krankheitszuschreibung durch Laien oftmals eine professionelle Abklärung und Feststellung einer psychischen Krankheit vorbereitet, kann die Laien-Medikalisierung aber auch in eine Krankschreibung und ärztliche Medikalisierung einmünden (Barnes 2008; Smith 1976). Aus Arbeitgebersicht hat die Laien-Medikalisierung den Vorteil, dass sie keinen Arbeitsausfall mit sich bringt. Aus der Sicht der Betroffenen besteht der Hauptvorteil darin, dass sie weniger stigmatisierend ist, weil sie oft verdeckt erfolgt oder abgemildert, also nicht im Sinne einer direkten Krankheitszuschreibung, formuliert wird.

Wie der Fall von Bernhard Aebischer zeigt, kann die Zuschreibung psychischer Probleme für das Management gelegen kommen, weil so eine Kritik an Arbeitsbedingungen und Führungsentscheidungen auf die individuelle Schwäche einzelner Beschäftigter abgewälzt und entschärft werden kann. Probleme lassen sich damit nicht in den Arbeitsbedingungen oder der Arbeitsorganisation, sondern in der einzelnen Arbeitskraft verorten (vgl. Abschn. 10.1). Auf diese Weise kann die Verantwortung für eine gesundheitsgerechtere Gestaltung der Arbeit abgewiesen werden (Voswinkel 2017c).

8.2.2 Erschöpft, schwierig und labil: betriebliche Kategorien und Diskurse

Die Einordnung als „psychischer“ Fall, wie sie in den beschriebenen Beispielen erfolgt, geschieht vor dem Hintergrund von Kategorien, die in den jeweiligen Unternehmen verankert sind. Das BGM verfügt nicht nur über ein Repertoire an Eingliederungspraktiken, sondern auch eine sozio-kognitive Instrumentierung (Diaz-Bone 2009, S. 187), also institutionalisierte Kategoriensysteme, die den Blick der betrieblichen Akteurinnen prägen. Kategorien psychischer Problemsituationen finden sich in den Begriffen, mit denen das BGM arbeitet, sie schlagen sich aber auch in den Wahrnehmungskategorien der Vorgesetzten nieder. Sie werden verbreitet über BGM-Sitzungen und Schulungen für Führungskräfte.

In der Versicherung *Komfortia* ist das Thema der psychischen Erkrankungen zum Zeitpunkt der Datenerhebung im BGM und der Personalabteilung stark präsent und im BGM-Kategoriensystem verankert. BGM-Fälle werden nach der Art des vorliegenden „Diagnosetyps“ kategorisiert. „Psyche“ fungiert als eigenständige Problemkategorie neben „Arbeitssituation“, „Krebsneubildung“,

„Privatsituation“, „Herz“, „Verdauung“ und Weiterem. Zwischen Krankheitsdiagnosen und anderen Problemkategorien wird also kein kategorieller Unterschied gemacht. In der BGM-Statistik werden die Fälle nach den genannten Kategorien aufgeschlüsselt. Der Diagnosetyp „Psyche“ war zum Zeitpunkt der Datenerhebung eine der häufigsten Kategorien von BGM-Fällen. Die Kategorie „Psyche“ wies zudem den höchsten Anteil an Fällen *ohne Arbeitsunfähigkeit* auf. Das bedeutet, dass die BGM-Verantwortlichen regelmäßig Fälle in der internen Fallbearbeitung als „psychisch“ erfassen, bei denen keine ärztliche Krankschreibung und vermutlich auch keine medizinische Diagnose vorliegt.

Die BGM-Statistik der Versicherung *Celestia* differenziert nicht zwischen Krankheitsdiagnosen. Sie unterscheidet lediglich zwischen den Kategorien „Krankheit/Unfall“, „Konflikte“ und „andere Themen“. Eine *formale* Kategorisierung als „psychischer“ Fall kommt somit nicht vor. Wie der in Abschn. 8.2.1 diskutierte Fall Kilian Balmers zeigt, ist eine *informelle* Kategorisierung als psychischer Problemfall jedoch auch ohne Krankschreibung und offizielle Diagnose möglich.

Das BGM gibt zwar Verfahrensregeln zum Umgang mit Krankheiten und Leistungsproblemen von Beschäftigten vor. In ihrer konkreten Anwendung sind diese jedoch interpretationsbedürftig. Hier spielen Diskurse als „kollektive Denkordnungen und Zukunftserwartungen“ eine wichtige Rolle (Diaz-Bone 2017, S. 98). Wie sich im Datenmaterial zeigt, fließen sozialpolitische und gesellschaftliche Debatten in die betrieblichen Diskurse des BGM mit ein. In den drei untersuchten Unternehmen ist der BGM-Diskurs durch unterschiedliche Problemfiguren geprägt: in der *Komfortia* ist es die Figur der Erschöpfung, in der *Celestia* diejenige der „schwierigen“ Mitarbeitenden und im *Industriebetrieb* sind es die „labilen“ Mitarbeitenden.

Psychische Erschöpfung ist als Thema in den Interviews mit BGM- und HR-Verantwortlichen in der *Komfortia* stark präsent. Die BGM-Leiterin geht so weit, Burnouts als wünschenswert zu bezeichnen, weil sie Überlastungen sichtbar werden lassen, bevor sich die Gesundheit der Betroffenen gravierend verschlechtert:

> Und wir sagen jetzt auch, wenn wir VIELE Burnout-Fälle haben, sind wir eigentlich glücklich, weil das sind ja dann nicht die, die krank sind, die Tragischen, oder? Aber wir haben einen, der Erschöpfungssyndrome -symptome zeigt, und von der Statistik her ist das einer mehr und je mehr wir eigentlich haben, desto früher kümmert sich jemand um seine Erschöpfung und wird dann eigentlich auch nicht ... Erschöpfungsdepression oder so, und ... das ist eigentlich bei uns auch nicht mehr so ein Tabu, das darf man sein.

Die (statistische) Sichtbarmachung von Burnouts führt aus ihrer Sicht dazu, dass das Thema im Unternehmen Gewicht erhält und dass dementsprechend auch vom Management Mittel zur Verfügung gestellt werden, die Problematik der Überbeanspruchung anzugehen. Auf Verfahrensebene sind in der *Komfortia* bereits mehrere Forminvestitionen erfolgt, die auf die Bewältigung psychischer Problemsituationen abzielen, wie etwa die feste Kooperation mit einer psychiatrischen Klinik, die Beschäftigten des Unternehmens innert zehn Tagen einen Therapietermin garantiert (vgl. Abschn. 5.2.2). Für die Kosten des therapeutischen Erstgesprächs kommt das Unternehmen auf.

Auch in der *Celestia* ist das Thema der psychischen Erschöpfung präsent. Beispielsweise enthält das Raster zur Mitarbeiterbeurteilung eine Frage zur Belastungssituation der Beschäftigten, die laut der Aussage der BGM-Leiterin dazu zwingen soll, sich mit dieser Frage auseinanderzusetzen. In den Interviews mit BGM-Verantwortlichen, den BGM-Dokumenten wie auch im Sensibilisierungs-Workshop für Führungskräfte, bei dem ich teilnehmend beobachtet habe, taucht zudem eine Figur auf, die als „schwieriger Mitarbeiter" charakterisiert wird. Die BGM-Leiterin erwähnt im Interview:

> ein großer Teil der psychischen Erkrankungen sind auch in den Phasen, in denen es ihnen gut geht, ... ja einfach nicht die lässigen Typen, auf Deutsch gesagt. Sondern es sind so ein bisschen die, ja, die schwierigen Mitarbeiter, oder, und hinter einem schwierigen Mitarbeiter steht ja vielmals eine psychische Erkrankung

Im selben Interview erwähnt die BGM-Leiterin eine Studie zur Wahrnehmung psychischer Gesundheitsprobleme durch Führungskräfte, die im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherungen durchgeführt wurde und in der sozialpolitischen Diskussion zu psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Schweiz viel Beachtung fand. Die Studie mit dem Titel „‚Schwierige' Mitarbeiter" von Niklas Baer et al. (2011) postuliert, dass psychische Erkrankungen oft gar nicht zu Absenzen führen, sondern von Führungskräften vor allem als Leistungsprobleme und Verhaltensauffälligkeiten wahrgenommen werden. Obwohl damit nicht gesagt ist, dass hinter jedem „schwierigen" Verhalten eine psychische Störung steht, zeigt sich in der *Celestia* eine Assoziation des Themas psychischer Erkrankungen mit dem Problem von Verhaltensauffälligkeiten. Die Leiterin des BGM erwähnt, dass sie Führungskräfte in Schulungen auf den richtigen Umgang mit solchen Mitarbeitenden hinweist. Im Sensibilisierungsworkshop für Führungskräfte, bei dem ich teilnehmend beobachtet habe, bringt der Moderator einer kleinen Diskussionsrunde die Figur der schwierigen Mitarbeitenden als möglichen „Belastungsfaktor" für ein Team auf:

> Als weitere Belastung habe eine Gruppe die Situation angesprochen, wenn man einen „Stinkstiefel" im Team habe. Lustigerweise komme dieser Punkt häufig, nur der Ausdruck variiere, so sei es manchmal auch der „Miesepeter" *(Aussage des Moderators gemäß Feldnotizen)*

Auch die BGM-Leiterin greift den Punkt in der Schlussdiskussion der Veranstaltung auf. Sie empfiehlt, frühzeitig das BGM einzuschalten und professionelle Hilfe zu suchen. Die empfohlene *frühzeitige* Reaktion ist nicht nur durch das Ziel einer frühen Behandlung motiviert, sondern auch durch die für eine Kündigung nötige Vorlaufzeit. „Schwierige" Mitarbeitende stehen nämlich nicht nur im Verdacht, psychisch erkrankt zu sein, sie werden auch, wie im Beispiel aus der Führungsschulung an der Formulierung „Stinkstiefel" oder „Miesepeter" ersichtlich wird, als psychische Belastung für ihre Umgebung gehandelt. Die BGM-Leiterin erklärt im Interview:

> das ist natürlich eine Riesenbelastung für ein restliches Team, oder, und dort ist dann wirklich halt die Frage, wie fest sind die, können wir die tragen, und in welchem Ausmaß und wie fest geht man auch da hinein, dass man sagt, hey, jetzt musst du einfach in eine Behandlung, oder sonst müssen wir wirklich irgendwie eine Kündigung machen.

Obwohl das deklarierte Ziel eigentlich in der langfristigen Integration psychisch erkrankter Beschäftigter besteht, räumt sie ein, dass in gewissen Fällen das „schwierige" Verhalten für das Team nicht mehr „tragbar" ist und deshalb eine Kündigung angestrebt wird. Ausgeblendet bleibt in der Figur der „schwierigen" Mitarbeitenden, dass die Wahrnehmung von Verhaltensweisen als „schwierig" kontext- und standpunktabhängig ist. Weitere von der BGM-Leiterin genannte Beispiele machen deutlich, dass die Kategorie der „schwierigen" Mitarbeitenden schnell aufkommt, wenn Vorgesetzte bei Beschäftigten Leistungsprobleme oder Verhaltensauffälligkeiten feststellen und sich im Umgang damit überfordert fühlen. Die Definition von Verhaltensauffälligkeiten ist weit gefasst. Sie hängt davon ab, was andere als störend empfinden, aber auch, was aus der Sicht der Organisation als Abweichung auffällt. Das Auftauchen der Figur der „schwierigen" Mitarbeitenden in einem der Unternehmen des Samples verweist darauf, dass sich analytische Figuren aus dem sozialpolitischen Expertendiskurs auf die „Regierungstechniken" bzw. die „Gouvernementalität" der Unternehmen auswirken können (Schmidt-Wellenburg 2017).

Im *Industriebetrieb* gibt es keine statistische Auswertung zum Anteil der BGM-Fälle mit psychischem Hintergrund. In den Interviews und der teilnehmenden Beobachtung einer BGM-Sitzung sowie den betrieblichen Dokumenten

ist jedoch ein Diskurs zur Zunahme psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit auszumachen, ebenso wie eine Charakteristik „typischer“ Fälle. Beklagt wird eine Zunahme psychischer Erkrankungen bei *jüngeren* Beschäftigten. Ebenso wird die Betroffenheit *älterer* Mitarbeitender festgehalten, die aufgrund ihrer körperlichen Beschwerden, vor allem im Zusammenhang mit Abnutzungserscheinungen durch einseitige Belastungen in der Fabrikarbeit, auch psychische Probleme entwickeln. Zudem sind in der Wahrnehmung der Interviewten und Diskussionsteilnehmenden an einer BGM-Sitzung vor allem *geringqualifizierte* Beschäftigte betroffen, die etwa 30 % der Belegschaft ausmachen. Im Protokoll dieser BGM-Sitzung ist festgehalten:

> Arbeitsbedingte Stress-Symptome und sogar Burnout sind vermehrt zu erkennen (Ermüdung, Leistungsabnahme, Leistungsschwankungen, Nachlassen der Konzentration, Unzufriedenheit, Schlaflosigkeit, Resignation, Depression, Arbeitsfehler, etc.) Durch ein hohes Arbeitstempo, Termindruck, Arbeitsunterbrechungen und zum Teil auch durch die klimatischen Bedingungen (Lärm, Hitze, Feuchtigkeit, Durchzug) in den Abteilungen können diese Symptome ausgelöst werden.

Wie im Protokoll ersichtlich wird, enthält der Problemdiskurs Begriffe aus der sozialpolitischen Debatte, die durch die BGM-Expertinnen in die Diskussion eingebracht werden. Direkt im Anschluss an die zitierte Stelle wird im Protokoll auf eine medial viel beachtete Statistik zur Zunahme von Stress bei der Schweizer Erwerbsbevölkerung verwiesen und eine Verbindung zu den im eigenen Betrieb festgestellten Symptomatiken hergestellt:

> 1’300’000 Arbeitnehmende in der Schweiz sind nach eigenen Aussagen am Arbeitsplatz häufig oder sehr häufig gestresst (+30% in den letzten 10 Jahren!) Die Auswirkungen davon sind Motivationsverlust, Arbeitsunzufriedenheit, Leistungsabfall und Senkung der persönlichen Belastungsgrenze.

Mit den Begriffen Burnout, Arbeitsunzufriedenheit, Depression und ihrer Rückführung auf ein zunehmendes Arbeitstempo, Termindruck und Arbeitsunterbrechungen greift das Protokoll zentrale Begriffe aus der gesellschaftlichen Diskussion um arbeitsbedingte psychische Belastungen auf und knüpft die im Betrieb dominante Problemwahrnehmung einer „gesunkenen Belastungsgrenze“ daran an. Der Befund einer gesunkenen Belastbarkeit wird im *Industriebetrieb* im Zusammenhang mit der Beobachtung geäußert, dass vor allem ungelernte Beschäftigte sich vermehrt weigern, Änderungen in ihren Arbeitsaufgaben zu akzeptieren, schneller erschöpft sind und empfindlich auf Aufforderungen oder als gesundheitsfördernd intendierte Maßnahmen des Arbeitgebers reagieren. Der

Personalchef macht darin eine zunehmende „Labilität" der Beschäftigten aus. Im Interview äußert er sich folgendermaßen:

> wenn es eben in die psychische Labilität hineingeht, und DAS ist schon noch eine riesige Herausforderung. Und ... wir WISSEN noch nicht genau, wie das weitergehen soll, weil man muss noch das Problem ein bisschen von Anfang an anschauen, wir haben (1) ja, ich sage, einmal in den 90er Jahren VIELE Personen angestellt, die eigentlich keine Berufsausbildung haben, die hier jetzt diesen Job bekommen haben, die diese Serienarbeiten gemacht HABEN, und jetzt sind wir immer mehr am Modernisieren. Und diese Personen bringen wir eigentlich nicht auf diese modernen Produktionsautomaten. Und jetzt kommen ein bisschen Existenzängste auch hinein.

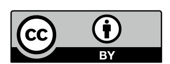
Mit der Formulierung, man müsse das „Problem ein bisschen von Anfang an anschauen" stellt er den Befund einer gesteigerten „Labilität" der Beschäftigten in einen gesellschaftlichen Kontext – greift also nicht auf medizinische, sondern soziologische Erklärungen zurück. Die Labilität sieht er vor allem bei den Beschäftigten ohne Berufsausbildung als Problem, weil diese angesichts bevorstehender Automatisierungswellen in „Existenzängste" geraten. Die Formulierung „diese Personen bringen wir eigentlich nicht auf diese modernen Produktionsautomaten" lässt offen, ob Automatisierungen direkte Entlassungen zur Folge haben werden oder ob es die Beschäftigten selbst sind, die nicht bereit sind, sich auf die gestiegenen Anforderungen an modernen Produktionsanlagen einzulassen und fortzubilden. Mangelnde Flexibilität, niedrige Belastbarkeit und psychische Labilität werden in den BGM-Diskussionen in einen engen Zusammenhang gebracht. Psychische Labilität wird darüber hinaus mit Unzuverlässigkeit assoziiert. In den Diskussionszusammenhängen zeigt sich eine Gegenüberstellung der „labilen" Ungelernten, die Gefahr laufen, zu „Sozialfällen" zu werden und der „Berufsleute", die über „ein anderes Verantwortungsbewusstsein" verfügen und eher bereit sind, neue Aufgaben zu übernehmen und sich im Krankheitsfall stärker um den Wiedereinstieg am Arbeitsplatz bemühen *(Zitate aus der BGM-Sitzung gemäß Feldnotizen).*

„Psychische Labilität" wird in den BGM-Diskussionen im Industriebetrieb als Kurzformel für komplexe soziale Probleme verwendet, von denen Arbeitnehmende ohne formale Berufsausbildung besonders betroffen sind. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung waren im Industriebetrieb *Forminvestitionen* geplant, wie die Einführung eines Workshops für Führungskräfte zur Sensibilisierung für die Symptome psychischer Erkrankungen bei Beschäftigten und ein Kurs für die Beschäftigten zum Umgang mit chronischen Schmerzen.

Es ist davon auszugehen, dass die beschriebenen „Typen" von Problemfällen – die „Erschöpften", die „schwierigen Mitarbeiter" und die „Labilen" – den

Aufmerksamkeitsfokus der BGM-Verantwortlichen lenken. Vermutlich haben sie auch in der Vermittlung von Fällen betroffener Beschäftigter für die vorliegende Studie eine Rolle gespielt. So ist es vielleicht kein Zufall, dass in der *Komfortia* einige „erschöpfte“ Kundenberater ins Sample gelangten und in der *Celestia* das Beispiel eines „schwierigen“ Mitarbeiters.

Die Kategorisierung als „psychisch“ kann als eine Art Blackbox für eine Vielfalt komplexerer Probleme betrieblicher oder gesellschaftlicher Natur dienen. Auch Dodier (1993, S. 164 ff.) stellt fest, dass das Label psychischer Probleme es in Betrieben ermöglicht, situativ Konflikte zu bearbeiten oder zu entschärfen. Anstatt die Mitarbeitervertretung oder eine andere schlichtende Stelle einzubeziehen, wird ein Problem unter gesundheitlichem Register abgehandelt und individualisiert.



9 Krankheit und die Fairness von Personalmaßnahmen

Krankheiten von Beschäftigten können im Betrieb zunächst als verminderte Arbeitsleistung wahrgenommen oder mit Konflikten in Zusammenhang gebracht werden. Gerade Vorgesetzte nehmen die Symptome psychischer Krankheiten am Anfang oft als Verhaltens- oder Leistungsprobleme wahr (Baer et al. 2011). Dies kann dazu führen, dass sie zunächst auf die disziplinierenden Instrumente des Personalmanagements zurückgreifen, wie eine schriftliche Ermahnung oder ein formelles Verfahren zur Leistungsverbesserung. Wenn psychische Erkrankungen durch Konfliktsituationen am Arbeitsplatz ausgelöst oder verstärkt scheinen, nehmen betriebliche Akteure sie mitunter nicht als eigene Problematik wahr, sondern nur als Nebenfolge des Konflikts. Wird ein gesundheitliches Leiden einer Person bekannt, die bereits mit Vorwürfen mangelnder Leistungen oder Fehlverhaltens konfrontiert wurde, stehen die Vorgesetzten und Personalabteilungen vor der Frage, unter welcher Problemkategorie sie die betreffende Mitarbeiterin weiter in den Blick nehmen sollen. Gesundheitliche Einschränkungen werden dann generell kritischer beurteilt (Williams-Whitt und Taras 2010, S. 543). Die in den Betrieben etablierten Verfahren des Personalmanagements, wie das Disziplinarverfahren und das BGM können als *Formate* analysiert werden, die bestimmte Problemdeutungen und -definitionen unterstützen. Da die Abgrenzung ihrer Zuständigkeitsbereiche keineswegs eindeutig ist, kann es auch zu Überschneidungen von unterschiedlichen Verfahren kommen.

In den drei Unternehmen des Samples gilt der personalpolitische Grundsatz, dass der Gesundheit der Mitarbeitenden Priorität zukommen soll (Abschn. 9.1.1). Die fehlende Berücksichtigung gesundheitlicher Probleme würde als unmenschlich und rücksichtslos erscheinen. Alle drei Unternehmen pflegen ein Image als soziale Arbeitgeberinnen und wollen eine Rufschädigung vermeiden. Der Umgang mit den Gesundheitsproblemen von Mitarbeitenden stellt mithin ein Prüfstein für die *Qualität* des Arbeitgebers dar. Dies trifft sogar dann zu, wenn

A. Gonon, *Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit*, Soziologie der Konventionen,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41117-6_9

diese Gesundheitsprobleme nicht durch ein ärztliches Attest bestätigt sind, wie das Beispiel von Bernhard Aebischer (Abschn. 8.1) zeigt.

Trotz der erklärten Absicht von Personalverantwortlichen, klar zwischen Krankheit und Pflichtverletzungen im Bereich Leistung oder Verhalten zu trennen, lassen sich im Datenmaterial verschiedene Formen identifizieren, wie sich die Begleitung von Krankheitsfällen und die betrieblichen Systeme des Leistungsmanagements und Disziplinarverfahrens überschneiden oder zueinander in Wechselwirkungen und Widersprüche treten. Zwischen dem BGM und disziplinarischen Maßnahmen in Unternehmen bestehen unauflösliche Spannungen (Cunningham et al. 2004). Ein grundsätzlicher Widerspruch liegt darin, dass das BGM auf den Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses hinarbeitet, während das Disziplinarverfahren in letzter Konsequenz auf dessen Beendigung ausgerichtet ist.

Eine Art der widersprüchlichen Verbindung ergibt sich, wenn eine BGM-Begleitung nur als kurzer Unterbruch eines Disziplinarverfahrens eingesetzt wird, bevor ein Mitarbeiter vom Krankheitsfall zum Disziplinarfall umkodiert wird (Abschn. 9.1.3). Umgekehrt wird das BGM als alternatives Verfahren der „Leistungsverbesserung" und damit als Instrument der Leistungsteuerung genutzt, indem es Beschäftigte an die Erfüllung von Leistungsvorgaben heranführt (Abschn. 9.1.2). Wenn die Beendigung des Arbeitsverhältnisses beschlossen ist, kann das BGM darüber hinaus in den Dienst des Entlassungsverfahrens gestellt werden, indem es die Beteiligten bei der Gesichtswahrung unterstützt und dadurch aus der Arbeitgeberperspektive zu einer „reibungsloseren" Abwicklung der Entlassung beiträgt (Abschn. 9.1.4).

9.1 Verflechtungen von Krankheits- und Disziplinarfällen

9.1.1 „Gesundheit hat Priorität"

Die interviewten BGM- und Personalverantwortlichen betonen, dass es wichtig ist, Beschäftigte, die krank sind, von solchen zu unterscheiden, deren Leistung und Verhalten nicht den vom Unternehmen verlangten Standards genügen. Ein Personalverantwortlicher umreißt den Anwendungsbereich des Disziplinarverfahrens:

> ausgenommen wenn er erkrankt ist, sondern wirklich ... er WILL nicht und er KANN nicht, ja. Aber nicht jetzt aus medizinischen Gründen. Weil das dürften wir ihm ja

> nicht als ... Strick anlegen, sondern dann gibt es ... also in den Fällen, wo es wirklich klar ist, Leistung, Verhalten, entsprungen aus dem Mitarbeiter selber.

Der Formulierung, nach der ein fiktiver Mitarbeiter *nicht will* und *nicht kann,* schiebt der Personalverantwortliche die Erklärung nach „aber nicht jetzt aus medizinischen Gründen". Damit geht er auf die Möglichkeit ein, dass jemand nicht wollen oder nicht können kann, *weil er krank ist.* Maßgebend für die Unterscheidung ist laut dem Personalverantwortlichen das Vorliegen einer medizinischen Erklärung. Das Disziplinarverfahren darf demzufolge angewendet werden, wenn ein Unwille oder ein Unvermögen *nicht über eine medizinische Erklärung begründet sind*. In diesem Fall kann geschlossen werden, dass sie aus den Beschäftigten selbst *„entspringen",* also durch diese verschuldet sind, oder in anderen Worten, dass die Beschäftigten schuldfähig sind. Ein interviewter BGM-Verantwortlicher räumt umgekehrt ein, dass die Unterscheidung, ob ein Unwille oder Unvermögen erkrankungsbedingt sind, in gewissen Fällen nicht einmal durch einen Arzt getroffen werden kann: „Also das kann einem wahrscheinlich auch niemand sagen, das kann auch der Arzt nicht sagen, was IST jetzt." Selbst wenn eine Diagnose vorliegt, gibt diese keine eindeutige Richtlinie, welche Verhaltensweisen der Krankheit zuzurechnen sind und welche nicht. Die betrieblichen Akteurinnen müssen diese Komplexität selbst bewältigen.

Ein grundlegendes Format, das die Unterscheidung gewährleisten soll, ist die *getrennte Erfassung* von Krankheits- und Disziplinarfällen in den Systemen des Personal- und Gesundheitsmanagements. In der *Komfortia* ergibt sich diese aus der Organisation des BGM als separate Fachstelle. In der *Celestia* sind das BGM und das Disziplinarverfahren in derselben HR-Einheit angesiedelt. Die Zuordnung zu einer Kategorie erfolgt bei der elektronischen Erfassung des Falls durch Mitarbeitende der Fachstelle. Ob eine Beschäftigte als Krankheits- oder Disziplinarfall erfasst werden soll, ist nicht leicht zu entscheiden, wenn sie krankgeschrieben wurde und ihr zusätzlich eine schlechte Leistung vorgeworfen wird.

In beiden Unternehmen orientiert sich die Zuordnung an der Voreinschätzung der Personen, die den Fall melden und in einer Art und Weise beschreiben, dass er unter einer bestimmten Problemkategorie erscheint. Die BGM-Leiterin der *Celestia* erklärt, dass Fälle in der Regel so erfasst werden, wie sie von den Vorgesetzten gemeldet werden.

> Die Schwierigkeit ist wirklich, dass, wenn ich eine ungenügende Leistung habe und ... der kommt so hinein über den Vorgesetzten, dann tue ich den auch so erfassen. So. Und jetzt merke ich nach einem ... nach zwei Gesprächen, ja sorry, es ist schon ungenügende Leistung, aber es ist aufgrund von der Krankheit, oder. Ist es DANN die

> ungenügende Leistung, die im Vordergrund steht oder die Krankheit? Und das sind so diese Schnittpunkte, die herauszufinden ist noch sehr schwierig.

Auch wenn aus der Sicht der BGM-Verantwortlichen eine Krankheit für die Leistungsprobleme verantwortlich ist, kann eine Mitarbeiterin also als Fall ungenügender Leistung kategorisiert werden. Wurde sie einmal unter einer Problemkategorie erfasst, ergibt sich daraus eine Eigendynamik, die nicht ohne Weiteres wieder zu stoppen ist. Zwar kann der Fall ans BGM verwiesen werden, aber die Fallakte zur ungenügenden Leistung wurde bereits eröffnet und prägt weiterhin die Wahrnehmung der Beteiligten.

Können sich die BGM-Verantwortlichen mit der Einschätzung durchsetzen, dass es sich eigentlich um einen Krankheitsfall handelt, eröffnen sie einen parallelen BGM-Fall und es kommt zu einem Ab- bzw. Unterbruch des auf die Leistung oder den Verhaltensverstoß bezogenen Verfahrens. Um die beiden Problemfälle separat zu behandeln, wird in der *Celestia,* wo Disziplinar- und der Krankheitsfälle in derselben Abteilung bearbeitet werden, eine andere Fachverantwortliche mit dem Krankheitsfall betraut. Die Bearbeitung der beiden „Fälle" wird zudem *zeitlich gestaffelt.* Eine BGM-Verantwortliche der *Celestia* erklärt:

> man sagt, okay, jetzt musst du zuerst gesund werden. Gesundheit hat IMMER Priorität. Weil erst einen gesunden Menschen kannst du dann wieder so gut begleiten, dass er seine Leistung wieder bringen kann und auch fähig ist, an seinem Verhalten vielleicht etwas zu ändern. Darum, Gesundheit kommt zuerst, aber im Hintergrund kann man auch schon sagen, okay, vielleicht ist es auch vorher Leistung gewesen.

Mit dem Prinzip, der Gesundheit „Priorität" einzuräumen, lässt sich der Anspruch einlösen, dass man Kranke keinem Leistungsverbesserungs- bzw. Disziplinarverfahren unterwirft. Mit der Formulierung „aber im Hintergrund kann man auch schon sagen, okay, vielleicht ist es auch vorher Leistung gewesen", räumt die BGM-Verantwortliche ein, dass es aus ihrer Sicht neben der Erkrankung noch weitere Problemursachen gibt. Auch hier nimmt sie eine zeitliche Einordnung vor, indem sie davon ausgeht, dass diese andere Problemursache bereits wirkte, bevor es zur Erkrankung kam. Somit erscheint es als legitim, dass man nach der Genesung zu den Vorwürfen an die Betroffenen zurückkehrt und diese weiterverfolgt.

Die prioritäre Berücksichtigung der Gesundheit ist ein Anliegen, das BGM- und Personalverantwortliche vertreten. Gegenüber Vorgesetzten müssen sie dieses bisweilen durchsetzen. Die Einordnung und entsprechende Behandlung eines Falls können zur umkämpften Frage werden. Dies zeigt der Bericht eines BGM-Verantwortlichen der *Komfortia:* Er erzählt von einem Fall, der bezüglich

schlechter Leistung kritisiert und dann krankgeschrieben wurde. Der BGM-Verantwortliche erinnert sich, dass er sich gegenüber den Vorgesetzten dafür eingesetzt hat, auf die Verbesserung des Gesundheitszustands des Betroffenen zu warten und ihm dann eine weitere Chance zu geben, die Leistungsansprüche seiner Funktion zu erfüllen:

> jetzt müsst ihr ihm die Chance geben, zurückzukommen und da könnt ihr ihm schon Ziele setzen, ... nach denen er nachher gemessen wird, aber ihn jetzt EINFACH vor die Tür zu stellen, das ... das ist unethisch, das kannst du NICHT machen.

Trotz seines Plädoyers entschieden sich die Führungskräfte zunächst für die – in rechtlicher Hinsicht unproblematische – Kündigung des Arbeitsverhältnisses, ließen sich aber schließlich durch die Argumente des BGM-Verantwortlichen beeinflussen, wie dieser fortfährt:

> jetzt in dem Fall hat es zuerst die Info gegeben, ja du, das ist dann, da trennt man sich dann davon und jetzt letzte Woche, vorletzte Woche ist der Business Partner[1] plötzlich gekommen und hat trotzdem nochmal hören wollen, wie ich es jetzt, was ich jetzt dazu zu sagen habe und ... jetzt probiert man es trotzdem. Also man hat wohl gemerkt, ja, es ist wohl doch gerade ein bisschen ein harter Weg, ... ich muss jeweils auch sagen, was hättest ... wie würdest DU reagieren, wenn du in dieser Situation wärst. Dass man die einfach im, aus dem Krankheitsstand, und auch wenn man KANN, wenn man DÜRFTE, rechtlich … ich finde es nicht, wir schreiben uns etwas anderes auf die Fahnen.

Der BGM-Verantwortliche betont, dass er und seine Kolleginnen eine anwaltschaftliche Rolle für die Beschäftigten einnehmen und sich bei den Führungskräften gegen voreilige Entlassungen von gesundheitlich angeschlagenen Personen, denen eine mangelnde Leistung vorgeworfen wird, einsetzen:

> ohne uns ... würde man einfach einen low performer, ob er jetzt in einer gesundheitlichen Krise ist oder NICHT, würde man eher mal ... sich verabschieden von ihm.

Zur Verteidigung der im Firmenslang als „low performers" bezeichneten Beschäftigten bringt er, wie die obigen Zitate belegen, moralische Argumente vor. Eine Kündigung von Kranken kritisiert er als „unethisch". Er fordert die Beteiligten auf, sich in die Betroffenen hineinzuversetzen und erinnert sie daran, dass der geplante Umgang nicht dem entspricht, was sich das Unternehmen „auf die

[1] Ausdruck für Personalverantwortliche, die Ansprechpersonen für Linienvorgesetzte sind.

Fahnen schreibt“. Mit Letzterem ruft er die soziale Verantwortung, die sich das Unternehmen wahrzunehmen zuschreibt, in Erinnerung. Damit betreibt er eine moralische Responsibilisierung der Führungskräfte (Nadai und Canoncia 2019).

Ein Disziplinarverfahren bei Krankheit oder eine Entlassung von Beschäftigten, die krank waren, wird mitunter auch von Vorgesetzten als rechtfertigungsbedürftig wahrgenommen. So entschuldigt der Vorgesetzte Bernhard Aebischers (Fallbeispiel 8.1) die Wiederaufnahme des Disziplinarverfahrens im Interview damit, dass dieses eigentlich eine unterstützende Maßnahme sei, die ihm helfe, sich auf die wesentlichen Prioritäten zu fokussieren. Er versucht damit, einer Maßnahme, die auf die Durchsetzung von Leistungs- und Verhaltensvorgaben zielt, den Anschein einer fürsorglichen Intervention zu verleihen. Dies überzeugt wenig, wenn man auch die Wahrnehmung des Betroffenen kennt, der das Disziplinarverfahren als Schikane erlebt (vgl. Abschn. 9.1.3). Es bezeugt aber die Absicht des Vorgesetzten dem Verfahren, zumindest in der Interviewsituation, einen humanen Anstrich zu geben.

Eine andere Vorgesetzte stellt die Auflösung des Arbeitsvertrags mit einem psychisch erkrankten Mitarbeiter als übereinstimmend mit dessen Interessen dar (vgl. Beispiel Ugo Mantovani, Abschn. 9.1.4). Seine Depression interpretiert sie als Ausdruck, dass es ihm in seiner Arbeitsstelle nicht gefällt und leitet daraus ab, dass es auch für ihn das Beste ist, sich eine andere Stelle zu suchen. Dass er nicht sofort entlassen wird, sondern der Vertrag nach einer Frist von sechs Monaten aufgelöst wird, stellt sie als besonders soziales Vorgehen dar.

Werden der Krankheits- und der Disziplinarfall zeitlich gestaffelt, lautet die Frage, ab wann Beschäftigte wieder als genügend gesund gelten, sodass mangelnde Leistungen oder das Nichterfüllen von Verhaltenserwartungen wieder zum Gegenstand von Kritik und Sanktionierung werden dürfen. Auch wenn sie nicht mehr ärztlich krankgeschrieben sind, sind sie unter Umständen noch nicht so belastbar wie vor der Erkrankung. Wie weit eine fortbestehende eingeschränkte Belastbarkeit berücksichtigt wird, obliegt der Willkür der Vorgesetzten. Im Zweifelsfall berufen sich die betrieblichen Akteurinnen auf das Fehlen einer ärztlichen Krankschreibung und leiten daraus ab, dass wieder die volle Arbeitsleistung von den Betroffenen verlangt werden darf. Eine BGM-Verantwortliche formuliert:

> wenn du einen gewissen Prozentsatz wieder arbeitest, ... hat das Unternehmen auch Anspruch, dass es die LEISTUNG für diesen Prozentsatz bekommt.

Ärztliche Atteste, die eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit festlegen, stellen also im Prozess der Reintegration ein relevantes Informationsformat dar, das anzeigt, welche

Leistung von einer Person erwartet werden darf. Besteht noch eine Teilarbeitsunfähigkeit, darf noch keine volle Leistung erwartet werden. Wurde die ärztliche Krankschreibung jedoch aufgehoben, darf eine mangelnde Leistung aber wieder dem Verschulden der betroffenen Person zugerechnet werden – ungeachtet der Tatsache, dass die Leistungsfähigkeit auch nach der vollständigen Genesung allenfalls noch weiter eingeschränkt sein kann.

In gewissen Fällen wird aber auch eine ärztlich attestierte Arbeitsfähigkeit nicht als verbindlich anerkannt. Im Datenmaterial sind Fällen dokumentiert, bei denen Vorgesetzte, BGM- oder Personalverantwortliche die Legitimität der Krankheit trotz einer Krankschreibung in Frage stellen (vgl. Abschn. 5.3.1). Tritt die Erkrankung erst während eines Disziplinarverfahrens auf, interpretieren sie die Krankheit als Reaktion auf die Überforderung mit der Arbeit oder den Stress im Zusammenhang mit den Vorwürfen mangelnder Leistung. Eine BGM-Verantwortliche beschreibt dies als ein typisches, problematisches Verhaltensmuster einiger Beschäftigter:

> Aber ich glaube diese Personen müssen irgendwie schon auch eine Prädisposition dazu haben, dass sie dann krank werden, oder eben, das als Lösung sehen, die Krankschreibung.

Sie unterstellt, dass sich gewisse Beschäftigte aktiv für eine Krankschreibung entscheiden und dass sie sich krankschreiben lassen, ohne wirklich krank zu sein. Diese Vorstellung entspricht der Definition einer „arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeit ohne Leistungseinschränkung“ (Hassler 2021, S. 124; Pärli et al. 2015, S. 107 f.), bei der die Krankschreibung erfolgt, um eine Person vor belastenden Bedingungen ihres Arbeitsplatzes zu schützen. Obwohl eine solche Krankschreibung durch Ärztinnen erfolgt und aus deren Perspektive nicht unbegründet ist, wird die Krankschreibung von Personalverantwortlichen und Vorgesetzten als eine Handlungsoption verstanden, von der Beschäftigte frei Gebrauch machen können. Krankheitsabwesenheiten werden in diesem Sinne auch als Feld der Konfliktaustragung und des Widerstands der Beschäftigten aufgefasst (Edwards und Scullion 1982). Der Wille, solche Beschäftigte wieder einzugliedern ist deshalb nach der Einschätzung der zitierten BGM-Verantwortlichen gering.

Dafür, ob überhaupt eine Wiedereingliederung angestrebt werden soll, ist die Bereitschaft der direkten Vorgesetzten entscheidend. In der Überzeugung, dass Krankheitsfälle im Rahmen von Disziplinarverfahren meist einer legitimen Grundlage entbehren, sowie vor dem Hintergrund, dass die Entscheidungsmacht über die Wiedereingliederung bei den Vorgesetzten verankert ist, sieht die oben

zitierte BGM-Verantwortliche ihre Rolle vorwiegend als Rückendeckung für die Linienvorgesetzten:

> Ich muss AUCH schauen, dass die Linie, ja, dass die Linie halt auch ... geschützt wird, ein Stück weit, oder, vor dem Mitarbeiter. Und manchmal … finde ich dann halt auch, vielleicht gibt es jetzt halt wirklich nur noch das, dass wir [das Arbeitsverhältnis] auflösen.

Dieses Zitat steht im Kontrast zu dem vom oben zitierten BGM-Verantwortlichen postulierten Prinzip der Anwaltschaftlichkeit. Der Kontrast belegt zum einen, dass die Rolle der BGM-Verantwortlichen unterschiedlich ausgelegt werden kann. Zum anderen verweist die Haltung der zitierten BGM-Verantwortlichen auf den strukturell bedingt geringen Spielraum des BGM, eine Wiedereingliederung durchzusetzen. In Konfliktfällen bleibt für BGM-Verantwortliche meist nur, die Auflösung des Arbeitsverhältnisses zu begleiten (vgl. dazu Abschn. 9.1.4). Hier zeigt sich die grundsätzliche Spannung zwischen dem Anspruch des BGM, in jedem Fall eine Wiedereingliederung zu versuchen und der strukturellen Abhängigkeit von den Entscheidungen der Vorgesetzten.

9.1.2 Leistungssteuerung durch das Gesundheitsmanagement

Die Arbeitsteilung zwischen dem BGM und den auf Leistung oder Verhalten bezogenen Verfahren des Personalmanagements beruht auf der Annahme einer eindeutigen Kategorisierbarkeit von Mitarbeitenden als „Krankheitsfälle“ oder als Beschäftigte, die Leistungs- oder Verhaltenserwartungen nicht erfüllen. Da die Kategorisierung jedoch nicht immer eindeutig vorzunehmen ist, lässt sich auch die Arbeitsteilung nicht klar einhalten. So kann es geschehen, dass sich die Interventionen des BGM vor allem darauf ausrichten, dass Beschäftigte die Leistungsvorgaben ihrer Funktion wieder erfüllen. Dies zeigt sich im Fall Bernhard Aebischers (Fallbeispiel 8.1), den der BGM-Verantwortliche während einiger Monate darin unterstützt, die Leistungsziele seiner Funktion als Kundenberater wieder zu erreichen. Der BGM-Verantwortliche berichtet:

> ich habe ihm dann nachher auch noch einen Trainer, einen internen, zur Verfügung gestellt, organisiert, ... der mit IHM einfach mal anschauen gegangen ist, WIE arbeitet der, oder. Also was, an was könnte es denn liegen. Und die sind zwei Tage unterwegs gewesen miteinander, haben alles von A bis Z miteinander angeschaut.

Ähnliches geschieht auch im Fall Bruno Ramseiers, einem anderen Kundenberater. Dieser arbeitet hauptsächlich von zu Hause aus und sein Vorgesetzter stellt fest, dass er für den Zeitraum von 14 Tagen nichts verkauft hat. Weil er weiß, dass es Bruno Ramseier nicht gut geht, schaltet er das BGM ein. Die Interventionen des zuständigen BGM-Verantwortlichen beziehen sich vor allem darauf, Bruno Ramseier wieder in der Erfüllung der Leistungsstandards zu unterstützen. Wie im herkömmlichen Leistungsmanagement arbeitet er mit der Vorgabe von Zielen, die der Betroffene in einer bestimmten Frist zu erfüllen hat:

> Und ich habe nachher, die nächste Intervention ist gewesen, dass ich ihm ein Ziel gegeben habe, was er bis am nächsten Tag gemacht haben muss. Etwas ... total Einfaches, wirklich basicer ginge es gar nicht und von der Menge her, einfach EINE Offerte im System eingeben. Ist etwas, das man sonst einfach ... in zwei drei Minuten hat man das gemacht, aber ist für ihn fast eine unüberwindbare Hürde gewesen. Und ... am nächsten Tag habe ich NACHGEFRAGT. Bruno, ist es dir gelungen, hast du es gemacht? ... Und nachher hat er mir erzählt, wie er sich schwergetan hat, aber nachher hat er es geschafft.

In einem regulären Verfahren zur Leistungsverbesserung wäre ein solch „einfaches“ Ziel wie das Eingeben einer Offerte vermutlich nicht gesetzt worden. Zudem fragt der BGM-Verantwortliche bereits am nächsten Tag nach, ob es Bruno Ramseier gelungen ist, das Ziel zu erfüllen, um ihm ein rasches Erfolgserlebnis zu verschaffen. In der Folge setzt er ihm weitere, schwierigere Ziele, um ihn behutsam an die von ihm erwartete Leistung heranzuführen. Er fährt fort:

> Und das ist so der Punkt gewesen, wo ich habe einhängen können, und von da an ist es vorwärts gegangen. Einfach schrittweise. Und da haben wir halt die Ziele ein bisschen erhöht und geschaut, was könntest du jetzt am nächsten Tag, was sind die Wochenziele, jetzt von dir.

Das schrittweise Erhöhen von Zielen und die Verlängerung der Zeitspanne, in der er diese erreichen soll, unterscheiden sich vom Prinzip nicht grundlegend von der verbreiteten Managementstrategie des Steuerns über Ziele, die periodisch überprüft und anschließend erhöht werden und läuft auf eine Logik der kontinuierlichen Selbstübertreffung hinaus (Nadai und Maeder 2008). Im Fall der „sanfteren“ Leistungssteuerung durch das BGM drohen den Beschäftigten keine unmittelbaren Sanktionen, falls sie die Ziele nicht erreichen. Dennoch ist klar, dass der zeitliche Spielraum für die Leistungsoptimierung nicht unbegrenzt ist. Der BGM-Verantwortliche erwähnt, dass er sich in Sitzungen mit Bruno Ramseiers Vorgesetzten und den zuständigen HR-Verantwortlichen für ihn eingesetzt hat,

als diesem das „Messer nahe am Hals“ gestanden habe. Bruno Ramseier erreicht nach einiger Zeit wieder die Leistungsstandards, die ihm als Kundenberater gesetzt sind, sodass keine weiteren disziplinarischen Maßnahmen angeschlossen werden.

Insoweit es zur Aufgabe des BGM gehört, sich dafür einzusetzen, dass gesundheitlich eingeschränkte Beschäftigte weiterhin an ihrem Arbeitsplatz tätig sein können, überrascht es nicht, dass die Unterstützung bei der Erfüllung von Leistungszielen zur Eingliederungsarbeit gehören kann. Wenn diese Unterstützung aber auf eine einseitige Anpassung der Beschäftigten an die Anforderungen der Stelle hinausläuft und die Gesundheitsverträglichkeit von Arbeitsbedingungen nicht hinterfragt wird, wird das BGM zu einem Element des erweiterten Leistungsmanagements. In konventionentheoretischer Perspektive ist dies als Beispiel dafür zu lesen, dass betriebliche Formate wie das BGM in der praktischen Anwendung durch die Akteure interpretiert werden.

9.1.3 Verdrängung des Krankheitsfalls durch den Disziplinarfall

So wie das BGM inoffiziell Aufgaben des Leistungsmanagements übernehmen kann, können auf Leistung und Verhalten bezogene Personalprozesse umgekehrt auch bei BGM-Fällen zur Anwendung kommen. In zwei Fällen des Samples läuft parallel zur BGM-Begleitung ein Disziplinarverfahren. Das Disziplinarverfahren kommt generell bei Verstößen gegen Verhaltensregeln oder beim Verfehlen von Leistungszielen zum Einsatz. Ein Personalverantwortlicher beschreibt es mit den folgenden Worten:

> [es] heißt ja nichts anderes als schriftlich mit dem Mitarbeiter festzulegen, WAS ist zu verbessern, ... bis WANN ist es zu verbessern und was passiert, wenn es NICHT besser ist. Also ist schon ein bisschen der Druck hoch, oder und das kann dann auch zur TRENNUNG führen, die Auflösung vom Arbeitsverhältnis.

Dieses Zitat enthält die wesentlichen Elemente, auf denen das Format des Disziplinarverfahrens beider Versicherungsunternehmen beruht[2]: Erstens wird für die Betroffenen ein Verbesserungsauftrag formuliert, zweitens eine Frist für dessen Erfüllung vorgegeben, drittens wird bei (mehrfacher) Nichterfüllung als Konsequenz eine Entlassung angekündigt und viertens wird all dies schriftlich

[2] Für den *Industriebetrieb* liegen dazu keine Daten vor.

festgehalten. Installiert werden auf diese Weise kontinuierlich aufeinander aufbauende Bewährungsproben für die Beschäftigten. Wie die meisten formalen Disziplinarverfahren in Unternehmen entspricht das Verfahren dem Modell einer „korrektiven" Disziplin (Henry 1987). Im Gegensatz zur autoritativen oder „punitativen" Disziplin gewährt dieses Modell den Beschäftigten ein Mitspracherecht und zeichnet sich durch die Formalisierung und Verschriftlichung des Verfahrens aus (Cooke 2006, S. 690). Es beruht auf einer fortschreitenden Sanktionierung, bei der die Entlassung als letzter Ausweg gilt. Das formale Gewähren eines Mitspracherechts zielt laut Hannah Cooke vor allem darauf ab, disziplinierende Maßnahmen als legitim erscheinen zu lassen und Beschwerden zu verhindern.

Das Disziplinarverfahren setzt auf Druck und Sanktionen, was den im BGM verfolgten Ansätzen der Rehabilitation und des stufenweisen Wiedereinstiegs grundsätzlich zuwiderläuft. Anlass für den Wechsel ins Register des Disziplinarverfahrens ist in den betrachteten Fällen der Eindruck bei Vorgesetzten und Personalverantwortlichen, dass sich die Betroffenen aus mangelndem Willen – also durch eigenes Verschulden – nicht an Verhaltensregeln und Leistungserwartungen halten. Dass sie Letzteres dem fehlenden Willen und nicht etwaigen (Nach-)Wirkungen der psychischen Erkrankung zurechnen, liegt nicht primär daran, dass die Betroffenen gemäß ärztlicher Einschätzung wieder arbeitsfähig sind. Ausschlaggebend dafür ist, dass die Vorgesetzten und weitere betriebliche Akteurinnen die Situation als Konflikt wahrnehmen und die Erkrankung für sie gewissermaßen zu einem Nebenschauplatz wird.

Als betriebliches Format muss auch das Disziplinarverfahren in der Anwendung durch die Akteure interpretiert werden. Im Datenmaterial wird es als Instrument genutzt, Beschäftigte zur Einhaltung von Leistungs- und Verhaltensstandards zu bringen. Zugleich kann es als eine Art Gesinnungsprüfung dienen und als Instrument, um rebellierende Beschäftigte in ihre Schranken zu weisen und im Rahmen eines Konflikts einen Führungsanspruch durchzusetzen.

Mit der Begründung, Bernhard Aebischer (Fallbeispiel 8.1) habe gesagt, es gehe ihm „psychisch besser", entscheiden sich seine Vorgesetzten nach einer Weile zur Wiederaufnahme des Disziplinarverfahrens. Nach einer Formulierung des direkten Vorgesetzten steht der Aspekt der Gesinnungsprüfung zunächst im Vordergrund. Die Zielvereinbarung, die ihm im Rahmen des Disziplinarverfahrens auferlegt wird, enthält Vorgaben, die man durch eine Willensanstrengung leicht erreichen kann, wie der Vorgesetzte ausführt:

> uns ist dabei wichtig, dass er, dass man das auch erreichen KANN, wenn man MÖCHTE, wenn man sich anstrengt, wenn man den WILLEN zeigt, bei dieser Firma arbeiten zu wollen und es hat vieles, auch Sachen, die man ganz EINFACH erreichen

> kann, wie zum Beispiel ... ich gebe Ihnen ein kleines Beispiel, bei jedem Termin eine Agenda, die die *Komfortia* sowieso vorgibt, zu hinterlegen, wenn man einen Besuch vorbereitet. […] dort ... wird ja dann auch schon vom Mitarbeiter gezeigt, hat er den Willen, überhaupt ... sich in diesem System zu bewegen oder nicht.

Laut dem Vorgesetzten ist das Erreichen dieser Ziele so einfach, dass es nicht am fehlenden Können, sondern nur am mangelnden Willen liegen kann. In dieser Interpretation des Disziplinarverfahrens geht es also nicht um eine tatsächliche Verbesserung der Leistung der Betroffenen. Stattdessen soll durch das Verfahren die Bereitschaft des Beschäftigten überprüft werden, sich den Erwartungen der Vorgesetzten zu beugen und ihre Vorgaben im Arbeitsprozess umzusetzen. Das Disziplinarverfahren soll ihm in anderen Worten die Gelegenheit geben, seine Anpassung an die Ansprüche der Firma und damit seinen Wert als loyale Arbeitskraft zu beweisen. Es handelt sich hier also um eine Interpretation des Disziplinarverfahrens nach der *häuslichen* Konvention, die auf das Respektieren von gegenseitigen Verpflichtungen im Rahmen hierarchischer sozialer Beziehungen abhebt.

Darüber hinaus kann das Disziplinarverfahren zur Durchsetzung eines Führungsanspruchs genutzt werden, um rebellierenden Beschäftigte in ihre Schranken zu weisen. Dies wird deutlich am Beispiel von Thomas Sommer, einem 60-jährigen Mathematik-Fachspezialisten, der gemäß der Darstellung seiner späteren Vorgesetzten im Zuge einer Reorganisation seine Führungsfunktion verlor.[3] Es wurden ihm neue Aufgaben zugeteilt, die nach seinem Empfinden nicht seinen Qualifikationen entsprachen. Zudem wurde ein Teil seines Teams entlassen, ohne dass er in die Entscheidung einbezogen wurde. Dies löste bei ihm laut seiner späteren Vorgesetzten Wut und Widerstand aus. Über längere Zeit suchte er infolgedessen die Konfrontation mit der Führung. Er wurde verdächtigt, Computerbildschirme zerschlagen zu haben. Zwischenzeitlich wurde er aufgrund einer Depression krankgeschrieben und ließ sich in einer psychiatrischen Klinik behandeln.

Als Thomas Sommer an seinem Arbeitsplatz wiedereinsteigt, wird er durch das BGM begleitet. Der Fokus liegt jedoch nicht auf der Erkrankung, sondern auf seinem Verhalten, das weiterhin als Rebellion gegen das Management empfunden wird. Seine direkte Vorgesetzte nimmt ihn als aggressiv wahr:

---

[3] Die Fallrekonstruktion beruht auf dem Interview mit der direkten Vorgesetzten von Thomas Sommer, sowie der zuständigen BGM-Verantwortlichen. Mit Thomas Sommer selbst konnte kein Interview geführt werden.

> Also, er ist vor mich hingestanden, von oben herunter, oder, ein großer Mann, und hat mich angeschrien.

Die zuständige BGM-Verantwortliche beschreibt ihn als gewaltbereit:

> [Er war einer,] der ... immer gewechselt hat zwischen ... ich sage jetzt das Kleinkind mit Weinen und ... der brüllende Löwe und zwar innerhalb von zwei Minuten, hin und her […] nachher als so ein bisschen diese weinerliche Phase weg gewesen ist, ist er eher so ein bisschen in diese Gewaltphase gekommen und wir haben nie gewusst, wie gewaltbereit ist er wirklich.

Vor dem Hintergrund des akuten Aggressionspotential, das die Vorgesetzte und BGM-Verantwortliche Thomas Sommer zuschreiben, dominiert trotz seiner psychischen Erkrankung die Bedrohlichkeit seines Verhaltens in ihrer Problemdeutung. Zudem erscheint die Erkrankung im Kontext seiner Rebellion gegen die Umstrukturierung als eine Nebenfolge des Konflikts und der daraus resultierenden psychischen Belastung. Um sich vor den Aggressionen zu schützen, eröffnet die Vorgesetzte mit der Unterstützung der BGM-Verantwortlichen ein Disziplinarverfahren, in dem sie Thomas Sommer konkrete Vorgaben machen, welche Art von Äußerungen und Verhalten sie nicht mehr tolerieren wollen. Das Disziplinarverfahren ist hier ein Instrument, ihn in Schranken zu weisen und das ihm zugeschriebene Aggressionspotential einzudämmen. Letztlich dient es der Behauptung des Führungsanspruchs der Vorgesetzten und der endgültigen Durchsetzung der Umstrukturierungsmaßnahmen.

Das Beispiel beleuchtet eine weitere Funktion, die das BGM für das Unternehmen erfüllen kann, nämlich das Auffangen und Abfedern von Wut- und Widerstandsreaktionen von Mitarbeiterinnen, wie sie zum Beispiel infolge von Reorganisationen auftreten können. Thomas Sommers Krankschreibung kommt sowohl in der Darstellung der Vorgesetzten als auch in derjenigen der BGM-Verantwortlichen nur am Rand vor. Daran zeigt sich, dass die Krankheit von Beschäftigten von Vorgesetzten und BGM-Verantwortlichen nur *selektiv berücksichtigt* wird. Grundvoraussetzung für die Berücksichtigung gesundheitlicher Probleme ist die Kooperationsbereitschaft von Beschäftigten (Abschn. 6.1). Erscheint das Verhalten eines Mitarbeiters unkooperativ oder gar destruktiv, steht Letzteres im Fokus der betrieblichen Problembearbeitung.

Begünstigt wird diese selektive Fokussierung durch die Interpretationsfolie der so genannten arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeit (vgl. Abschn. 9.1.1). Hierbei schreibt eine Ärztin einen Mitarbeiter lediglich für seinen Arbeitsplatz krank, während er in seinem Privatleben keine gesundheitlichen Einschränkungen erleidet und auch in der Lage ist, anderen Arbeiten nachzugehen. Nach

Hassler (2021, S. 125) geht es darum, dem Betroffenen eine „temporäre Exit-Option“ aus einer belastenden Arbeitsplatzsituation zu verschaffen. Der Begriff einer arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeit ist jedoch insofern irreführend, als eine Arbeitsfähigkeit auch sonst in Bezug auf den konkreten Arbeitsplatz der Betroffenen ausgesprochen werden kann, wie es gerade bei einer Teilarbeitsfähigkeit der Fall ist. Außerdem halten ärztliche Zeugnisse in der Regel nicht fest, dass es sich „nur“ um eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit handelt. Zu einer solchen Interpretation gelangen vielmehr die betrieblichen Akteurinnen anhand der Situation und des Verhaltens der Betroffenen. Insbesondere Krankheiten, die im Rahmen eines Konflikts auftreten, stehen leicht im Verdacht, lediglich Nebenerscheinungen oder gar Ausfluchten zu sein und werden deswegen weniger ernst genommen.

HR- und BGM-Verantwortliche betonen in den Interviews, dass es von großer Bedeutung sei, im Rahmen eines Disziplinarverfahrens die vereinbarten Ziele und den Gesprächsverlauf zu protokollieren und anschließend von den Beteiligten, Betroffenen, Vorgesetzten und HR-Verantwortlichen unterzeichnen zu lassen. Eine Vorgesetzte führt aus:

> es gibt zuerst ein Kritikgespräch, dass man dem Mitarbeiter sagt, schau, dieses Verhalten von dir ist nicht stimmig, das PASST nicht und man hat jetzt die und die Erwartung an dich. Und ein bisschen aufschreibt, was ist passiert, was haben wir abgemacht und was haben wir als Erwartung. […] Wird protokolliert, soweit, wird von beiden abgenommen, also von der Führungskraft und vom Mitarbeiter und dann schauen wir mal, wie es weitergeht.

Die Verschriftlichung der Vorgeschichte, der Kritikpunkte und der Ziele erzeugen eine einheitliche Version der Problemsituation, welche die Beteiligten mit ihrer Unterschrift ratifizieren. Da Disziplinarverfahren von Führungskräften eröffnet und vorbereitet werden, ist die als allgemeinverbindlich erklärte Version stark durch ihre Perspektive geprägt. Das Mitspracherecht, das den Beschäftigten gewährt werden soll, besteht somit lediglich eingeschränkt. Die betroffenen Beschäftigten haben wenig Spielraum, ihre Problemsicht einzubringen und werden durch die Anlage des Verfahrens dazu geführt, mit ihrer Unterschrift die Version ihrer Vorgesetzten zu bestätigen. Für die Vorgesetzten ist die Verschriftlichung ein Mittel, mit dem sie ihren Forderungen Verbindlichkeit verleihen. Nach der Unterzeichnung erhalten die Betroffenen eine Version des Protokolls. Für Bernhard Aebischer lösen die schriftlichen Vereinbarungen ein Gefühl des Kontrolliertwerdens aus:

> ich werde KONTROLLIERT, ich muss diese Dokumente bei jedem Einzelgespräch DABEI HABEN, die wollen von mir in Original wissen, was ich GEMACHT habe.

Die Situation der Unterzeichnung einer solchen Vereinbarung erlebt er als Zwang:

> Dann muss ich mir jetzt im Nachhinein auch überlegen, ich habe ja das UNTERSCHRIEBEN. … MANN. ... Zu diesem Zeitpunkt habe ich die Chance gar nicht gehabt, zu überlegen. Ich habe diese Vereinbarung ja nicht mitnehmen dürfen.

Aus der Perspektive des Managements dient die Verschriftlichung des Verfahrens der rechtlichen Absicherung im Fall einer späteren Entlassung. Kommt es zu einer moralischen oder sogar gerichtlichen Anfechtung, eignen sich die Protokolle als Nachweis für die Bemühungen des Unternehmens um einen fairen Prozess (Jones und Saundry 2012, S. 255). So belegen sie, dass eine Mitarbeiterin mehrfach verwarnt wurde und die Chance erhielt, sich an transparenten Verhaltenserwartungen zu orientieren. Die Formalisierung und Verschriftlichung des Verfahrens dienen somit als wesentliche Stützen zur Herstellung „legitimer" Personalmaßnahmen.

9.1.4 Legitimierung und Gesichtswahrung: die Rolle des BGM bei Entlassungen

Wenn sich Vorgesetzte entscheiden, Beschäftigte zu entlassen, die vorher krankheitsbedingt durch das BGM begleitet wurden, setzt sich dieses für eine „faire" Beendigung des Arbeitsverhältnisses ein und unterstützt die beteiligten Akteurinnen bei der Gesichtswahrung. Auch damit übernimmt es Funktionen, die nicht direkt mit Gesundheit und Wiedereingliederung zu tun haben. Die Herstellung von *legitimen* Entscheidungen über disziplinierende Maßnahmen bis hin zur Entlassung wird, wie oben bereits ausgeführt, durch das Format des Disziplinarverfahrens gestützt. Zu vermeiden ist aus der Sicht von BGM- und HR-Verantwortlichen eine oft von Linienvorgesetzten verlangte Entlassung ohne Vorwarnung, die für die Betroffenen nicht nachvollziehbar ist (Jones und Saundry 2012, S. 255). Der *Komfortia*-Leitfaden zum Disziplinarverfahren hält eingangs fest:

> HR Business Partner sind immer wieder mit der Situation konfrontiert, dass Mitarbeitende entlassen werden sollen aufgrund von Leistungs- oder anderen Problemen. Fragt man nach, wurden diese Themen mit den Mitarbeitenden nicht oder nur ungenügend besprochen. In den meisten Fällen sind die Vorkommnisse nicht dokumentiert […]. Für den Mitarbeitenden kommen solche Vorwürfe oft völlig überraschend.

Eine Entlassung muss dem Leitfaden zufolge vorbereitet sein durch vorangegangene, ausreichende Besprechungen sowie eine schriftliche Dokumentation der Probleme. Die Vorwürfe dürfen für die Betroffenen nicht „überraschend" kommen, sondern sie sollen durch das Disziplinarverfahren schrittweise auf die drohende Konsequenz einer möglichen Entlassung vorbereitet werden. Die Dokumentationspflicht erstreckt sich auch auf die regulären periodischen Leistungsbeurteilungen, wie die BGM-Leiterin der *Celestia* festhält.

> wenn es dann darum geht, um einen Leistungs- eben um einen Bewährungseinsatz[4], dann nachher schaut man auch immer die PM[5] an. Oder nach dem Motto, wenn du immer ... also der 3er ist in der Mitte und den 6er erreicht niemand, aber wenn du immer 3er gehabt hast, ... dann kannst du nicht einen rausstellen wegen ungenügender Leistung.

Auch in der periodischen Leistungsbeurteilung müssen die Leistungsprobleme abgebildet sein, damit die Vorwürfe nicht aus der Luft gegriffen erscheinen. Obwohl das Disziplinarverfahren kein Kriterium zur Gerechtigkeit von Beschäftigungsentscheidungen bereithält, wird allein durch seine Einhaltung aus der Sicht der Interviewten gewährleistet, dass Entlassungen als fair gelten können. Eine Personalverantwortliche erklärt:

> Aber da GIBT es schon eine Weisung, wo die *Komfortia* sagt, he, wir möchten fair gehen, wir möchten klar kommunizieren und ... ist auch gut für die Linie, also für die Vorgesetzten, die wissen, ... wie muss ich mich daran halten, weil ... ich kann nicht einfach immer nie etwas sagen und dann plötzlich ... so ((schlägt mit der Faust auf den Tisch)) jetzt will ich nicht mehr.

Die „Fairness" der Entlassung beruht darauf, dass die betroffenen Beschäftigten *vorgewarnt* waren und eine zweite Chance erhielten – also darauf, dass sich das Unternehmen nachweislich darum bemüht hat, das Arbeitsverhältnis zu erhalten. Diese Art von Legitimität entspricht der Konzeption einer Legitimation durch Verfahren nach Niklas Luhmann (1983). Luhmann zufolge wird mit der Instituierung von Verfahren die Idee verbunden, dass sie eine von Machthabern unabhängige Entscheidung ermöglichen, wobei ausgeblendet wird, dass die Verfahren der Legitimierung ebendieser Macht dienen. Verfahren ermöglichen nur das *Zustandekommen* von Entscheidungen, indem sie die Kommunikation kanalisieren, nicht jedoch deren Wahrheit oder Gerechtigkeit. *Legitimität,* die Luhmann

[4] Ausdruck für Disziplinarverfahren.

[5] Damit ist die periodische Leistungsbewertung der Beschäftigten gemeint.

als generalisierte Bereitschaft zum „motivlosen Akzeptieren“ bzw. eine „generalisierte Bereitschaft, inhaltlich noch unbestimmte Entscheidungen innerhalb gewisser Toleranzgrenzen hinzunehmen“ beschreibt (ebd. S. 28), wird durch Verfahren aber dennoch hergestellt. Diese beruht auf der Herstellung eines „sozialen Klimas, das die Anerkennung verbindlicher Entscheidungen als Selbstverständlichkeit institutionalisiert und sie nicht als Folge einer persönlichen Entscheidung, sondern als Folge der Geltung der amtlichen Entscheidung ansieht“ (ebd. S. 34). Nach Luhmann ermöglichen Verfahren also ein kollektives „Lernen“ bzw. eine Anpassung der kollektiven, als selbstverständlich akzeptierten Erwartungen.

Im Disziplinarverfahren der beiden Versicherungsunternehmen geht es um eine Anpassung der Erwartungen der Betroffenen (wie auch der anderen beteiligten Akteurinnen). Diese soll erreicht werden, indem man sie Schritt für Schritt auf die Kritik an ihren Leistungen oder ihrem Verhalten aufmerksam macht und sie auf die drohenden Sanktionen vorbereitet. Mit dem Erreichen eines Fairnessempfindens bei den Betroffenen wollen die Unternehmen mitunter verhindern, dass diese nach ihrer Entlassung rechtliche Schritte unternehmen. Die BGM-Leiterin der *Celestia* erklärt: „auf der ANDEREN Seite geht es natürlich auch darum, dass wir … dadurch, dass wir drin sind, auch sehr viele Rechtsfälle … gar nicht … zum Thema machen lassen können“.

Für Vorgesetzte bringt das Disziplinarverfahren jedoch den Nachteil mit sich, dass sie unliebsame Beschäftigte länger in ihren Teams behalten müssen als sie wollen, wie die BGM-Leiterin der *Celestia* ausführt. Sie empfiehlt daher in Führungsschulungen, Leistungs- und Verhaltensprobleme „frühzeitig“ zu melden, damit ein Disziplinarverfahren eingeleitet werden kann und man die Arbeitsverhältnisse schneller auflösen kann. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass das Format des Disziplinarverfahrens die Vorgesetzten auch von einem gewissen Rechtfertigungsaufwand *entlastet,* indem es zur Legitimierung von Sanktionen und Entlassungen beiträgt.

Das Disziplinarverfahren stellt also ein Format zur Gewährleistung von Entlassungen dar, die möglichst wenig Angriffsfläche bieten. Darüber hinaus stellt die Auflösung des Arbeitsvertrags „in gegenseitigem Einvernehmen“ ein weiteres Format dar, das zur Akzeptanz von Entlassungen beitragen soll. Arbeitgeberseitige Kündigungen haben aus der Sicht der HR- und BGM-Verantwortlichen den Status einer „Ultima Ratio“, wie es ein Personalverantwortlicher formuliert und werden nach Möglichkeit vermieden. Gerade im Kontext einer (bis vor Kurzem bestehenden) Arbeitsunfähigkeit erscheint die Kündigung durch den Arbeitgeber als unsozial. Eine arbeitgeberseitige Kündigung wird zudem als Nachteil für die Betroffenen bei der weiteren Arbeitssuche gesehen, die ihren Wert auf dem Arbeitsmarkt mindert. Eine aus HR- und BGM-Sicht „sozialverträglichere“

Variante der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses ist die so genannte Aufhebung, d. h. die Auflösung des Arbeitsvertrags in deklariertem gegenseitigem Einvernehmen. Diese stelle die Betroffenen dadurch besser, dass sie eine längere Kündigungsfrist und allenfalls sogar Unterstützung bei der beruflichen Umorientierung erhalten. Beschäftigte, die sich noch im Genesungsprozess befinden, sollen sich in dieser Zeit erholen, um dann gesund auf Stellensuche gehen zu können. Zentral erscheint auch, dass die Beendigung des Arbeitsverhältnisses nicht im Konflikt erfolgt, was ein negatives Signal bezüglich der sozialen und beruflichen Kompetenzen der Betroffenen aussenden würde. Der Auflösungsvertrag dient sowohl der Gesichtswahrung des Unternehmens als soziale Arbeitgeberin als auch derjenigen des Betroffenen als valable Arbeitskraft. Es sei angemerkt, dass sich die Qualität als „sozialer" Arbeitgeber hierbei darauf beschränkt, gesundheitlich angeschlagenen Mitarbeitenden keine allzu nachteiligen Konditionen bei der Entlassung zu bieten (Nadai et al. 2019, S. 160), was man höchstens als stark reduzierte Interpretation einer Arbeitgeberverantwortung bezeichnen kann.

Wie sich im Material zeigt, kann auch das BGM als betriebliches Format dazu beitragen, Entlassungen als „fair" erscheinen zu lassen. Zur Rolle der BGM-Verantwortlichen kann es nämlich gehören, Vorgesetzten, die zur Kündigung entschlossen sind, die Möglichkeit einer einvernehmlichen Vertragsauflösung zu unterbreiten. Dies geschieht im Beispiel des 34-jährigen Ugo Mantovani, Mitarbeiter einer Abteilung, die Schadenfälle bearbeitet. Als er zum zweiten Mal wegen einer Depression ausfällt, schickt er seiner Vorgesetzten Gerda Rensch kommentarlos ein Attest. Auf ihre Kontaktversuche reagiert er in den ersten Wochen nicht, bis sie ihn mit einer eingeschriebenen Kündigungsandrohung dazu auffordert, sich zu melden. Durch den Kontakt wird für Gerda Rensch absehbar, dass Ugo Mantovani mehrere Monate fehlen wird. Für sie ist es damit eine beschlossene Sache, dass sie auf den frühestmöglichen Zeitpunkt kündigen will. Sie erinnert sich:

> In einer ersten Wut drin steht man auch mal hin und sagt, der muss mir gar nicht mehr kommen, ich will den gar nicht mehr sehen, das BRINGT mir einfach nichts, das ist nur ARBEIT und NERVEN und sonst gar nichts.

Gerda Rensch unterstellt Ugo Mantovani, dass die Krankheit nicht so gravierend sein kann und rückt davon ausgehend nicht den Krankheitsfall, sondern seine Unzuverlässigkeit in den Vordergrund. Der Impuls zur schnellstmöglichen Kündigung wird jedoch durch die BGM-Verantwortliche Nicole Wagner gebremst. Sie

schlägt vor, über einen Auflösungsvertrag zu verhandeln. Gerda Rensch lobt nachträglich dieses Vorgehen und bringt es mit der sozial verantwortlichen Haltung der Firma in Verbindung:

> und dort ist wirklich die *Komfortia* so weit und sagt, nein, hör zu, lass ihn wieder kommen, gib ihm diese Möglichkeit, dass er sich aus dem Arbeitsprozess heraus wieder eingliedern kann und schlussendlich muss ich sagen, doch, es ist die richtige Entscheidung gewesen, auch wenn ich so im ersten Moment das Gefühl gehabt habe, ((lacht)) nein, ich kann das nicht, ich habe die Schnauze voll. Aber im zweiten Moment muss ich sagen, das ist das, was die *Komfortia* auszeichnet.

Die BGM-Verantwortliche stellt den Wunsch der Vorgesetzten, ihren Mitarbeiter zu entlassen, nicht in Frage, sondern bemüht sich in der Folge um eine Variante der Entlassung, die sowohl für die Vorgesetzte und das Unternehmen als auch für den Betroffenen gesichtswahrend ist.

Damit ein Auflösungsvertrag zustande kommt, muss Einvernehmlichkeit bestehen. Wie das Beispiel Ugo Mantovanis zeigt, können BGM-Verantwortliche einen Beitrag zur Herstellung dieser „Einvernehmlichkeit“ leisten. Die Beschreibungen der Vorgesetzten Gerda Rensch wie auch des Mitarbeiters Ugo Mantovani stützen die Interpretation, dass die BGM-Verantwortliche Nicole Wagner den Wunsch nach einem Auflösungsvertrag zwischen den beiden Vertragsparteien vermittelt hat. Gerda Rensch erinnert sich, dass Nicole Wagner die Beendigung des Arbeitsverhältnisses über einen Auflösungsvertrag mit Ugo Mantovani „intensiv besprochen“ hat und ihm dabei half, dies „als Chance“ zu sehen. Davon ausgehend lässt sich mutmaßen, dass sie es als ihren Auftrag ansah, Ugo Mantovanis Einverständnis zu gewinnen und so eine einvernehmliche Variante der Beendigung des Arbeitsverhältnisses zu ermöglichen. Ugo Mantovani erinnert sich, dass er in einem der Gespräche mit Nicole Wagner äußerte, dass er in Bezug auf seine Arbeit „die Schnauze gestrichen voll hat“. An Nicole Wagners Reaktion erinnert er sich wie folgt:

> dann hat sie gesagt, ja, also, sie geht mit dem HR schwätzen, wie es aussieht und so, und dann hat sie es eigentlich vorab so ... so ein bisschen gemanagt.

Was Nicole Wagner konkret „gemanagt“ hat, bleibt unklar. Deutlich wird aber, dass sie aus seiner Bekundung von Unzufriedenheit den Auftrag ableitete, die Perspektiven zur Veränderung der Situation zu klären („wie es aussieht und so“). Aus der Charakterisierung, dass Nicole Wagner es „vorab“ gemanagt hat, lässt sich schließen, dass sie noch während der Zeit seiner Arbeitsunfähigkeit, also bevor er wieder an den Arbeitsplatz zurückkehrte, den Auflösungsvertrag

in die Wege leitete. Dass Nicole Wagner seinen Wunsch nach einer Veränderung selektiv als Wunsch zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses interpretierte, kommentiert Ugo Mantovani im Interview nicht. Vielmehr lässt seine Erzählung das Bemühen erkennen, den Ausgang der Situation als seinen eigenen Wünschen entsprechend darzustellen.

Nicole Wagner lenkt Ugo Mantovanis Deutung seiner eigenen Wünsche und Bedürfnisse somit in eine Richtung, die mit den Wünschen seiner Vorgesetzten konform sind. Er erinnert sich, dass sich „im Nachhinein", also nachdem er Nicole Wagner von seiner Unzufriedenheit erzählt hat, zeigte, dass seine Vorgesetzte „ähnlich tickt" und „gespürt" hat, dass er „weg will". Seine vormals als diffuse Unzufriedenheit formulierte Perspektive hat er in dieser Formulierung selbst zum Wunsch, das Unternehmen zu verlassen, zugespitzt. Mantovani legt im gesamten Interview auffälligen Wert darauf, die Beendigung des Arbeitsverhältnisses als seinen eigenen Wunsch auszuweisen:

> Aufhebungsvertrag ist eigentlich beidseitiges Einvernehmen. Aber eben, es ist ja auf Wunsch von mir, weil, ich habe gesagt, ein halbes Jahr gebe ich mir Zeit, mich zu bewerben, das sieht eigentlich auch alles ganz gut aus.

An anderen Stellen relativiert er mit seiner Wortwahl, dass die Beendigung des Arbeitsverhältnisses von Anfang an seinen Wünschen entsprach:

> und so [mit dem Auflösungsvertrag] ist es im Prinzip eigentlich der Entscheid von mir, was ja eigentlich auch stimmt.

Die Ausdrücke „im Prinzip" und „was ja eigentlich auch stimmt" geben Anlass zur Vermutung, dass er erst mit der Zeit zu dieser Ansicht gelangte. Durch den Auflösungsvertrag erscheint die Beendigung des Arbeitsverhältnisses als seinen Wünschen entsprechend. Ihm wird nicht gekündigt, vielmehr kann er die Vertragsauflösung auf diese Weise als Konsequenz aus seiner Unzufriedenheit mit seiner Arbeitssituation rahmen. Dies deutet auf einen Prozess des *Cooling out* hin, der nach der dargelegten Analyse im Wesentlichen durch die BGM-Verantwortliche vorangetrieben wurde.

Als *Cooling out* bezeichnet Erving Goffman in seinem 1952 erschienen Aufsatz *On Cooling the Mark Out* den sozialen Prozess, eine Person, deren Selbstbild und Status durch Scheitern bedroht sind, mit ihrem Statusverlust zu versöhnen. Dabei werden der Person neue Selbstdeutungen angeboten, die ihr helfen sollen, sich mit der veränderten Situation abzufinden (vgl. Nadai 2007). Nicole Wagner

unterstützt Ugo Mantovani nicht nur darin, die Beendigung des Arbeitsverhältnisses als seinen eigenen Wünschen entsprechend zu verstehen, sondern auch in einer Selbstdeutung, der zufolge es ihm an einer anderen Arbeitsstelle viel besser gehen wird. Zur bevorstehenden Auflösung seines Vertrags resümiert er zum Ende des Interviews, dies sei „das Beste, was [ihm] passieren" konnte.

Cooling out kann als eine weitere Funktion angesehen werden, die das BGM in Unternehmen erfüllt (vgl. auch Hassler 2021, S. 168–172). Ein solches erfolgt nicht nur bei Beschäftigten, denen eine Entlassung droht, sondern auch bei solchen, die nach ihrer Erkrankung nicht mehr in ihrer angestammten Funktion tätig sein können, oder auch bei Unzufriedenheiten nach Reorganisationen, wenn Beschäftigte die ihnen neu zugewiesene Funktion als Degradierung erleben.

9.2 Widersprüchliche Logiken des Personalmanagements

Das BGM und das Disziplinarverfahren lassen sich als betriebliche Formate beschreiben, die unterschiedliche und widersprüchliche Deutungen und Herangehensweisen an die Probleme transportieren, die sich Vorgesetzten und Personalverantwortlichen in Bezug auf Beschäftigte stellen. Das BGM stützt die Interpretationsfolie der unverschuldeten Krankheit, während das Disziplinarverfahren die Deutung eines durch die Mitarbeiterin verschuldeten Fehlverhaltens oder Leistungsproblems nahelegt; das BGM steht für Therapie und Wiedereingliederung, während das Disziplinarverfahren auf Druck und Sanktionen setzt und in letzter Konsequenz auf die Beendigung des Arbeitsverhältnisses zielt. Wie in Abschn. 9.1 dargelegt, können beide Formate des Personalmanagements aber auf unterschiedliche Weise interpretiert und angewendet werden. So kann in der Begleitung eines Mitarbeiters durch das BGM nicht die Bewältigung der Krankheit und des beruflichen Wiedereinstiegs im Vordergrund stehen, sondern das Erreichen von Leistungsvorgaben oder eine Begleitung im Hinblick auf die Beendigung des Arbeitsverhältnisses. BGM-Verantwortliche tragen auf verschiedene Weise dazu bei, Managemententscheidungen gegenüber Beschäftigten durchzusetzen. Zum Beispiel können sie bei der Durchsetzung von Reorganisationen eine Rolle spielen, indem sie Widerstandsreaktionen von Beschäftigten unter dem Label „gesundheitlicher Probleme" auffangen und abfedern oder diese mit der Perspektive ihrer drohenden Entlassung versöhnen. Das Disziplinarverfahren wird umgekehrt von den Interviewten nicht nur als Sanktionsmaßnahme dargestellt, sondern auch als „zweite Chance" für Beschäftigte, die man – rechtlich legal – auch direkt hätte entlassen können.

Das Beispiel psychischer Erkrankungen von Beschäftigten verdeutlicht, dass Krankheit und das Verfehlen von Leistungs- bzw. Verhaltenszielen aus der Sicht des Personalmanagements der untersuchten Unternehmen *verwandte Probleme* darstellen. Beide müssen hinsichtlich ihrer unterstellten Auswirkungen auf die betriebliche Produktivität gemanagt werden. Der Umgang mit solchen Beschäftigten stellt zugleich das Selbstverständnis, ein fairer Arbeitgeber zu sein, auf die Probe. In den folgenden Abschnitten führe ich die These aus, dass das BGM und das Disziplinarverfahren beide zur Aufrechterhaltung eines personalpolitischen Kompromisses zwischen diesen unterschiedlichen Anforderungen beitragen.

Die Situation, dass gesundheitlich angeschlagene Beschäftigte Leistungs- oder Verhaltenserwartungen nicht erfüllen, bedeutet für Unternehmen eine Konfrontation widersprüchlicher Logiken, die in der Beschäftigungsbeziehung Relevanz haben. Ein Verfehlen von Leistungszielen kann dazu führen, dass Einbußen bezüglich Produktivität entstehen. Das sofortige Aussprechen einer Kündigung auf den frühestmöglichen Zeitpunkt würde in den untersuchten Unternehmen umgekehrt als unsozial erscheinen, da sich alle drei als sozialverantwortliche Arbeitgeber verstehen und präsentieren. In dieser Situation treffen also widerstreitende Wertigkeiten und entsprechende Prinzipien der Koordination aufeinander.

Anstelle eines Streits, welcher Koordinationslogik Priorität eingeräumt werden soll, können gemäß der Soziologie der Konventionen Kompromisse gebildet werden, die den direkten Konflikt dieser Logiken unterdrücken, ohne eine Entscheidung herbeizuführen:

> In einem Kompromiss einigt man sich auf gütlichem Wege, das heißt, man verständigt sich darauf, die Auseinandersetzung auszusetzen, ohne dass sie sich durch die Durchführung einer Prüfung in einer einzigen Welt auf einvernehmliche Weise wirklich hat beseitigen lassen. Die Kompromisssituation bleibt hybrid, aber der Streit ließ sich vermeiden. Wesen, die in verschiedenen Welten Relevanz haben, können durchaus noch präsent sein, ohne dass sie zu Meinungsverschiedenheiten Anlass geben, sollte man ihrer gewahr werden. (Boltanski und Thévenot 2007, S. 367).

Kompromisse stellen also „Hybride" dar, in denen verschiedene Koordinationslogiken präsent sind. Nach Lisa Knoll (2015, S. 13) werden „[i]n einem Kompromiss unterschiedliche Wertigkeiten ineinander gewoben […], ohne dass ihre Unterschiedlichkeit problematisiert wird." Als „Hybride" sind Kompromisse jedoch kritikanfällig und fragil. Stabiler werden sie durch Institutionalisierung, also wenn die verschiedenen „Welten" zugehörigen Elemente dauerhaft zusammengefügt und als Ganzes mit einer eigenen Identität ausgestattet werden.

Mit dieser Begrifflichkeit lassen sich das BGM und das Disziplinarverfahren als *Formate eines institutionalisierten Kompromisses* analysieren. Beide enthalten Elemente, die Personalmaßnahmen als sozial verantwortlich und damit als gesellschaftlich legitim erscheinen lassen sollen und dienen gleichzeitig der Kontrolle von Personalkosten und der Optimierung von Produktivität. Durch das wiederholte Durchführen von Bewährungsproben, in denen die Beschäftigten in den Worten eines Vorgesetzten vor allem den „guten Willen" zeigen müssen, sich den Erwartungen des Unternehmens anzupassen, räumt das Disziplinarverfahren der *häuslichen Konvention* ein gewisses Gewicht ein. Sie bietet den Beschäftigten die Möglichkeit sich gegenüber ihren Vorgesetzten, „ehrerbietig" zu verhalten, indem sie die mit ihrer sozialen Position verbundenen Pflichten akzeptieren und dies im Rahmen der institutionalisierten Bewährungsprobe demonstrieren (Boltanski und Thévenot 2007, S. 237). Zugleich ist die Anzahl der vorgesehenen Bewährungsproben begrenzt. Nach mehrfacher Wiederholung kann es zu einer Kündigung kommen, wodurch die entstehende Produktivitätseinbuße und damit die *industrielle Konvention* in Rechnung gestellt wird. Das Disziplinarverfahren stellt durch seine Formalisierung ein Instrument dar, das die Beendigung des Arbeitsverhältnisses insofern *als legitim* erscheinen lässt, als ein transparent kommuniziertes, klar geregeltes Prozedere eingehalten wird.

Wird zusätzlich das BGM involviert, kann zunächst die Genesung der betroffenen Beschäftigten in den Fokus gestellt werden. Das Nichterfüllen von Leistungs- und Verhaltenserwartungen erscheint mit dem Blick auf eine (möglicherweise) im Hintergrund stehende psychische Erkrankung als unverschuldet. Die Pflicht, Leistungsvorgaben zu erfüllen, kann so vorübergehend aufgehoben werden. An die Beschäftigten wird stattdessen die Erwartung gerichtet, im Rahmen des Möglichen zu einer schnellen Genesung beizutragen (vgl. Abschn. 6.1.1). Die Betrachtung der Situation unter dem Aspekt von Gesundheitsproblemen führt also zu einer temporären Neudefinition der Pflichten der Betroffenen und verstärkt zugleich die Pflicht des Unternehmens, eine soziale Verantwortung wahrzunehmen. Personalmaßnahmen erscheinen in den beiden Versicherungsunternehmen, wie aus dem bisher Dargestellten folgt, dann als *angemessen* und *fair,* wenn Gesundheitsprobleme von Beschäftigten als Faktoren für eine verminderte Leistung oder ein „schwieriges" Verhalten berücksichtigt werden. Das BGM, das als betriebliche Fachstelle die Gesundheit der Beschäftigten ins Zentrum stellt, trägt entscheidend dazu bei, Personalmaßnahmen in dieser Hinsicht als fair erscheinen zu lassen und dadurch die *Qualität* des Unternehmens als „soziale" Arbeitgeberin hervorzubringen. Diese „soziale" Qualität ist indes als stark limitiert zu beurteilen: Die Verantwortung beschränkt sich in den untersuchten Betrieben darauf, während einer begrenzten Zeitspanne Bemühungen zur Wiedereingliederung zu

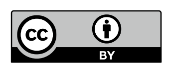
unternehmen. Wenn die Betroffenen die Leistungsanforderungen ihrer Stelle nach einem bis maximal zwei Jahren noch nicht erfüllen, wird das Arbeitsverhältnis in der Regel aufgelöst. Dies entspricht dem Muster einer „temporären Duldung“ von Arbeitskräften mit gesundheitlichen Einschränkungen (Nadai et al. 2019, S. 164–168).

Das Vorliegen einer ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit führt umgekehrt nicht immer dazu, dass eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit als unverschuldet wahrgenommen wird. Mit der Interpretationsfolie einer „arbeitsplatzbezogenen“ Arbeitsunfähigkeit können auch ärztlich bescheinigte Gesundheitsprobleme als Ausdruck von Unbehagen an der Arbeitsstelle oder als eine Art von Widerstand gegen Weisungen des Managements gedeutet werden. In diesem Fall erscheinen die Pflichten kranker Beschäftigter verletzt und die über die häusliche Konvention, d. h. die Kooperation und Pflichterfüllung der Beschäftigten begründete Verantwortung entfällt. Dies kann dazu führen, dass auch bei Kranken ein Disziplinarverfahren durchgeführt wird. Hierin offenbart sich ein weiterer Charakterzug, den die soziale Verantwortung gegenüber gesundheitlich eingeschränkten Beschäftigten in den untersuchten Unternehmen annimmt: Die Unterstützung des BGM bei der Reintegration am Arbeitsplatz wird nicht als selbstverständliches Anrecht betrachtet, sondern als unter der Bedingung von Wohlverhalten zugestandenes Privileg.

Die Forschungsliteratur zur Arbeitsmarktintegration psychisch Erkrankter geht davon aus, dass ein systematischeres Erkennen und Berücksichtigen psychischer Erkrankungen als Ursachen von Leistungs- und Verhaltensproblemen den Erhalt von Arbeitsplätzen erleichtern würde (OECD 2014, S. 40; Baer et al. 2011). Wie das Datenmaterial der vorliegenden Studie zeigt, führt die Einordnung als gesundheitliches Problem in den drei Unternehmen aber nicht zwingend zu stärkeren Bemühungen um den Arbeitsplatzerhalt. Der Einbezug des BGM schafft zwar theoretisch die Gelegenheit, die Problemsituation unter dem Vorzeichen der gesundheitlichen Einschränkung und im Hinblick auf das Ziel der Arbeitsintegration zu rahmen. Sind die betrieblichen Akteurinnen jedoch der Meinung, dass die Betroffenen sich nicht gemäß den Erwartungen an die betriebliche Krankenrolle verhalten, fehlt aus ihrer Sicht die Grundlage für eine weitere Beschäftigung und Wiedereingliederung.

Im personalpolitischen Kompromiss zwischen Optimierung von Kosten und Produktionsabläufen einerseits und der Berücksichtigung einer sozialen Verpflichtung gegenüber gesundheitlich angeschlagenen Beschäftigten andererseits wird durch das BGM und das Disziplinarverfahren nur eine schwache Interpretation betrieblicher sozialer Verantwortung verankert, die zeitlich begrenzt und vom kooperativen Verhalten der Betroffenen abhängig ist. Soziale Verantwortung

wird bisweilen auf das Einhalten bestimmter äußerlicher Formen reduziert, wie das prozedurale Berücksichtigen von Gesundheitsproblemen oder die wiederholte Thematisierung von Leistungs- und Verhaltenserwartungen im Rahmen von Disziplinarverfahren. Diese Verfahren dienen primär dazu, eine Wahrnehmung von Legitimität zu erzeugen und sich gegenüber Kritik weniger anfechtbar zu machen.





10 Krankheit und Kritik

10.1 Leiden als Ausgangspunkt von Kritik

Im analysierten Datenmaterial werden die psychischen Gesundheitsprobleme von Beschäftigten kaum zum Anlass genommen, Arbeitsbedingungen offen und kritisch zu hinterfragen. Dabei enthält eine psychisch bedingte Einschränkung des Arbeitsvermögens Ansatzpunkte, die eigene Arbeitssituation in Frage zu stellen. Als stigmatisierte Krankheiten, die für die Betroffenen mit Scham verbunden sein können, lassen sich psychische Erkrankungen mit dem Konzept der *existenziellen Prüfung* von Boltanski (2010) verstehen:

> Existenzielle Prüfungen gründen in Erfahrungen wie Ungerechtigkeit oder Beschämung […]. Freilich sind diese Erfahrungen nur schwer zu formulieren oder zu thematisieren: weil das vorgängige Format fehlt, in dem sie Gestalt gewinnen, oder weil sie aus dem Blickwinkel der bestehenden Ordnung einen abwegigen Charakter besitzen. (Boltanski 2010, S. 161)

Das Konzept der existenziellen Prüfung lässt sich insbesondere mit den Erfahrungen derjenigen Betroffenen des Samples verbinden, die ihre psychischen Probleme in den Kontext erfahrenen Unrechts im Betrieb stellen, wie Bernhard Aebischer (Fallbeispiel 8.1) oder Thomas Sommer (Abschn. 9.1.3). Beide formulieren ausgehend von ihren Erfahrungen Kritik an ihren Arbeitgeberinnen und den ihnen auferlegten Arbeitsbedingungen. Die Erfahrung einer existenziellen Prüfung führt die Betroffenen nach Boltanski an den Rand der bestehenden Ordnung und der durch sie instituierten Realität und eröffnet gerade deshalb einen Weg zu einer alternativen Realitätskonstruktion, weshalb sie zum Ausgangspunkt einer *radikalen Kritik* werden können. Boltanski und Thévenot (2007, S. 300 ff.)

A. Gonon, *Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit*, Soziologie der Konventionen,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41117-6_10

unterscheiden eine mildere Form der Kritik, welche die *Durchführung* einer Prüfung nach bestimmten allgemein anerkannten Prinzipien als falsch enthüllt, von einer radikaleren Kritik, die die *Prüfung* selbst als unangemessen darstellt. Eine radikale Kritik deckt Uneinigkeit auf bezüglich der

> Identifizierung der relevanten wie der bedeutungslosen Wesen, und damit hinsichtlich der wahren Natur der Situation, der *Wirklichkeit* und des Gemeinwohls, auf die sich im Bemühen um Einigung Bezug nehmen lässt. […] Dahinter steht die Absicht, die Angelegenheit auf ihr eigentliches Gebiet zu verlagern und eine andere Prüfung einzurichten, die in der alternativen Welt als gültig angesehen wird (Boltanski und Thévenot 2007, S. 300, Hervorhebung i. O.).

Stefanie Graefe (2015, S. 14 ff.) argumentiert am Beispiel des Burnout-Syndroms, dass Erschöpfung als „eigensinnige Problematisierung" bzw. als „kritische Praxis" verstanden werden kann, die es in der heutigen Gesellschaft ermöglicht das Leiden an Arbeitsbedingungen überhaupt auszudrücken:

> Ganz offenkundig äußert sich individuelles Leiden an der Arbeit und an unbefriedigenden Reproduktionsbedingungen gegenwärtig *subjektiv* in breitem Ausmaß in psychischen Erschöpfungssymptomatiken und wird auf diese Weise für die Betroffenen wie in der Gesellschaft sprechbar und plausibel. (ebd., S. 15, Hervorhebung i. O.)

Anhand von Interviews mit Burnout-Betroffenen stellt sie fest, dass die (therapeutische) Auseinandersetzung mit der eigenen „Erschöpfungskrise" Möglichkeiten eröffnet, sich von Arbeitsroutinen und -bedingungen kritisch abzugrenzen. Da Erschöpfung, wie Graefe betont, in den meisten Fällen eine „eminent leibliche" Dimension besitzt und von den Betroffenen erst durch (biografische) Deutungsarbeit zur sinnvollen Erfahrung werden kann (vgl. Kap. 5), wird eine solche Kritik erst im Zuge einer aktiven Auseinandersetzung formulierbar.

Das Thematisieren der eigenen Erschöpfung kann insofern als zeitgemäße Form eines Arbeitskampfs gesehen werden (Graefe 2019). Auch Mathias Heiden (2014) stellt eine qualitative Veränderung von Arbeitskämpfen fest: Anstelle kollektiver Formen der Austragung dominieren ihm zufolge heute alltägliche, individuelle Arbeitskonflikte. Der „Widerspruch zwischen Verwertung und Reproduktion" bzw. Kapital und Arbeit wird, so Regina Brunnett (2018, S. 333), vermehrt im Subjekt selbst ausgetragen. Ob die Betroffenen ihre Erschöpfung tatsächlich für die Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen nutzen können, hängt von den ihnen verfügbaren „Kritikroutinen" ab, etwa ob sie über ihre Rechte informiert sind und wissen, bei welchen Stellen (z. B. Gewerkschaften) sie ihre

Kritik anbringen können (Graefe 2015, S. 18). Allerdings bleibt die Kritik der Betroffenen nach Graefe oft auf einer individuellen Ebene stehen und setzt am Verhalten von Vorgesetzten an, anstatt strukturelle Bedingungen zu hinterfragen.

Im Datenmaterial der vorliegenden Studie wird psychisches Leiden in wenigen Fällen zum Ausgangspunkt einer expliziten Kritik an den Arbeitsbedingungen genommen. Ihr Erfolg hängt wesentlich von den Bedingungen der Situation ab, wie ich im Folgenden zeige. Eine radikale Kritik äußert Bernhard Aebischer (Fallbeispiel 8.1): Als seine Vorgesetzten ankündigen, dass sie aufgrund seiner mangelnden Leistungen ein Disziplinarverfahren durchführen wollen, wendet er ein, dass diese Maßnahme angesichts seiner „Überforderung" nicht zielführend sein könne. Er bringt Elemente ins Spiel, die anderen „Welten" zuzuordnen sind: seine angeschlagene mentale Verfassung, wie auch die Unmenschlichkeit der geplanten Maßnahme. Er postuliert damit eine andere „Natur" der Situation: Es geht nicht um sein Leistungsversagen, sondern um seine Gesundheit und gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen. Damit weist er die Prüfung (Erreichen von Leistungszielen) insgesamt zurück.

Bernhard Aebischers Äußerung wird durch seine Vorgesetzten als Offenlegung einer psychischen Krise und nicht als Kritik an den Arbeitsbedingungen im Versicherungsaußendienst aufgegriffen. Bernhard Aebischer will mit seiner Überforderung aber nicht nur auf sein individuelles Gesundheitsproblem hinweisen, sondern auf die problematischen Veränderungen der Arbeitsanforderungen im Job der Kundenberater im Allgemeinen. So ist der Zeitdruck in den letzten Jahren erheblich gestiegen, womit vor allem ältere Kundenberater mit längerer Betriebszugehörigkeit unzufrieden sind. Die zunehmend komplexen Computerapplikationen, die Kundenberater beherrschen müssen, überfordern zudem vor allem ältere Mitarbeiter, die schon lange für das Unternehmen arbeiten. Im Interview führt er aus:

> es ist früher EINFACHER gewesen. ... Und in den letzten vier fünf Jahren ist so viel umgebaut worden, darum haben ... mehrheitlich wie gesagt, … in unserem Alter, mit dieser Anstellungszeit am meisten Probleme heute.

Für die Kritik an belastenden Arbeitsbedingungen gibt es eine zuständige Stelle in Bernhard Aebischers Unternehmen. Diese scheint aber für die Beschäftigen keine verlässlichen „Kritikroutinen" (Graefe 2015) zu ermöglichen. Gemäß dem „Recht auf Mitsprache" haben Beschäftigte das Anrecht auf Anhörung zu Fragen des Gesundheitsschutzes, der Arbeitssicherheit und der Organisation der Arbeitszeit. Für Arbeitgeber besteht diesbezüglich eine Begründungspflicht gegenüber

ihren Mitarbeitenden.[1] In größeren Unternehmen übernimmt die so genannte Mitarbeitervertretung diese Funktion. Über eine solche verfügt auch die *Komfortia*. Bernhard Aebischer entscheidet sich jedoch bewusst dagegen, mit seiner Kritik zur Mitarbeitervertretung zu gehen, weil das nach seiner Meinung wirkungslos oder sogar kontraproduktiv ist. Er geht davon aus, dass „solche Fälle nie gut herauskommen".

Die Einordnung als Fall mit Gesundheitsproblemen durch die Vorgesetzten erfolgte, weil Bernhard Aebischer die Auswirkungen der Arbeitsbedingungen *auf seinen persönlichen mentalen Zustand* in den Vordergrund stellte. Zudem erlaubt das Vorhandensein eines BGM, vermutete Gesundheitsprobleme von Beschäftigten unternehmensintern durch eine spezielle Fachstelle zu thematisieren. Der Deutungsrahmen des Gesundheitsproblems wird dadurch gestärkt. Die BGM-Leiterin der *Komfortia* äußert sich folgendermaßen über die Arbeitsteilung mit der Mitarbeitervertretung:

> Dort gehen jeweils mehr Mitarbeiter hin vielleicht so mit dem Arbeitsvertrag oder bei Kündigungen, oder wenn sich jetzt jemand, Mobbing oder so, das sind mehr so, das ist dann ganz witzig, die gehen dann wirklich so zur Mitarbeitervertretung und bei uns kommen sie irgendwie mit so anderen Problemstellungen. Also es kommen AUCH, aber wir haben wenig solche Fälle.

Nach ihrer Beschreibung gehen Beschäftigte mit durchaus unterschiedlichen Anliegen zu den Stellen. Dass sie dies als „witzig" empfindet, erstaunt auf den ersten Blick, weil die beschriebenen Themen wie Arbeitsvertrag, Kündigung und Mobbing eigentlich gut zum Zuständigkeitsbereich der Mitarbeitervertretung passen. Angesichts seiner breiten Ausrichtung auf alle Arten von Problemen von Mitarbeitenden (vgl. Abschn. 8.2.2) versteht sich das BGM aber prinzipiell auch als zuständig für die genannten Themen und berät auch solche Mitarbeitenden, wenn auch seltener.

Die breite Ausrichtung des BGM führt dazu, dass die Interpretationsfolie des Gesundheitsproblems im Unternehmen ausgeweitet wird und auch bei Fällen zur Anwendung kommt, die man als Arbeitskonflikte beschreiben könnte. Da die BGM-Begleitung tendenziell eine individualisierende Betrachtungsweise auf Beschäftigte einnimmt (Voswinkel 2017c, S. 291), ist zu vermuten, dass sie auch zu einer Individualisierung von Arbeitskonflikten beiträgt. Eine Tendenz zur Individualisierung von arbeitsbedingten Problematiken stellen auch Daniel

---

[1] https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/publikationen_dienstleistungen/publikationen_und_formulare/arbeit/arbeitsbedingungen/merkblatter_und_checklisten/merkblatt_mitwirkung_arbeit_gesundheit.html [02.01.2021].

Nyberg und Christian De Cock (2019) in ihrer Untersuchung von Standortgesprächen mit krankgeschriebenen Arbeitnehmenden in Schweden fest. Wenn Beschäftigte in diesen Gesprächen Kritik an Arbeitsbedingungen äußern, bleibt diese meist folgenlos, weil die Arbeitsorganisation von den beteiligten Akteurinnen als unveränderbar wahrgenommen wird. Das BGM in den untersuchten Unternehmen verfügt außerdem über keinerlei Instrumente, die es erlauben würden, eine solche Kritik aufzunehmen und weiterzugeben. Stattdessen unterstützt es die Beschäftigten bei der Anpassung an die bestehenden Strukturen, was sich im Beispiel Bernhard Aebischers in der Finanzierung eines Resilienztrainings zeigt.

Psychische Erkrankungen können nicht nur für Beschäftigte, sondern auch für Vorgesetzte zum Anlass werden, Kritik an der Arbeitsorganisation zu üben. Dies kommt in zwei Fällen des Samples vor. Beide lassen sich als „milde“ Formen der Kritik einstufen: Die grundlegenden Prinzipien der Beurteilung der Situation werden nicht in Frage gestellt, sondern es wird lediglich eine Korrektur ihrer Anwendung eingefordert. Ob diese Kritik Erfolg hat, hängt wiederum von der Ausstattung der Situation ab, in der sie geäußert wird. Yves Meier, der Vorgesetzte von Simon Rohner (Fallbeispiel 5.1) nimmt dessen Erschöpfungsdepression zum Anlass, beim Management eine personelle Verstärkung für das Team zu beantragen. Diesem Antrag wird aber nicht stattgegeben. Yves Meier führt dies auf die Unsichtbarkeit der „Wissensarbeit“ im IT-Bereich zurück:

> Und es ist glaub allgemein, also in der WISSENSarbeit ist es ein großes Problem, wie macht man überhaupt die Arbeit transparent, die man leistet. WIE zeigt man das AUF. Wie kann man sagen, man ist überlastet oder man ist unterlastet. Und das ist in der Wissensarbeit RECHT schwierig. Wir probieren jetzt das möglichst zu visualisieren, nutzen auch Kanban-Methodik und Tools, wo man einfach ganz strikt mit Aufträgen arbeitet, wo man dann auch, den Auftrag hat man, da hat man so viele Stunden gebraucht und dann ist das auch visualisiert und dokumentiert.

Um in Zukunft die Überlastung seines Teams besser belegen zu können, führt er als Teamleiter ein neues System zur Visualisierung von Arbeitsaufwand und Auslastung ein. Dies lässt sich als Versuch analysieren, durch eine Investition in die Infrastruktur die Bedingungen für das Anbringen von Kritik an den unrealistischen Leistungsvorgaben zu verbessern.

Im zweiten Beispiel ist der Vorgesetzte mit seiner Kritik erfolgreicher: Leo Alder übernimmt eine neu gebildete Organisationseinheit von spezialisierten Kundenberatern im Versicherungsaußendienst. Nach einem Jahr fällt Valentin Reimann, ein Mitarbeiter, offiziell wegen eines Hörsturzes, inoffiziell wegen einer psychischen Überlastung, für ein paar Wochen aus. Wie Leo Alder berichtet, hat

dieser Mitarbeiter als Einziger seines Teams die ehrgeizigen Leistungsvorgaben der Organisationseinheit erreicht. Weil es sich um eine neu geschaffene Organisationseinheit handelt, sind die Leistungsstandards noch verhandelbar. Das höhere Management verweist auf Valentin Reimann als Beispiel dafür, dass die ehrgeizigen Leistungsziele erreichbar seien. Der Vorgesetzte Leo Alder äußert sich über den Fall:

> Und er ist oft als Beispiel … zitiert worden, um zu sagen, ja aber DER hat ja diese Termine, DER MACHT ja, der IST ja unterwegs, der HAT das Quantum, das man sich vorstellt, das eigentlich alle anderen auch haben sollten. ... Also immer als SEHR gutes Beispiel. Aufgrund der Anzahl Termine, was automatisch auch Umsatz generiert hat. Also Kontakte gleich Kontrakte. Das ist einfach so. Und ich habe am Anfang gesagt, ja, das ist so. Mit der Zeit habe ich gesagt, ja ABER. Und am Ende konnte ich sagen, nein, weil der gesundheitliche Schaden ist es nicht wert. Also, nehmt ihn nicht als Maßstab, sonst habt ihr dann jeden Mitarbeiter in dem Stadium, in dem wir ihn jetzt begleiten müssen, und das kann ja nicht das Ziel sein. Also hört auf, mit dem Takt, den ihr messt, ihn als gutes Beispiel zu nehmen. Weil das hat Opportunitätskosten gehabt. Und zwar große.

Die gesundheitlichen Beschwerden des Mitarbeiters Valentin Reimann liefern Leo Alder das Argument, die Leistungsvorgaben, die er anfänglich selbst unterstützte, als falsch zu kritisieren. Er verweist dabei auf den resultierenden „gesundheitlichen Schaden“ und die „Opportunitätskosten“ der vom Management vertretenen Leistungsziele. Damit stützt er sich auf das Argument einer nachhaltigen Nutzung der Arbeitskraft. Er stellt somit die Betrachtung der Situation unter dem Gesichtspunkt der Produktivität nicht grundlegend in Frage, weshalb es sich um eine milde Form der Kritik handelt.

Leo Alders Argumentation im Interview lässt erkennen, dass er darauf bedacht ist, die Überlastung Valentin Reimanns nicht auf dessen persönlichen Eigenschaften oder seine Situation im Privatleben zurückzuführen. Im Interview merkt er an, dass dieser Fall für ihn „nur am Rande“ mit einer psychischen Krankheit zu tun hatte. Entsprechend hat er ihm geraten, in der Darstellung seines Falls auf gewisse Details, die zu seiner Überlastung beitrugen, zu verzichten:

> Das ist zum Beispiel die ganze gesundheitliche Geschichte mit den Schlafproblemen, er hat auch in der Familie ein Kind, das einen Zustand hat, der das Ganze=aber das ist immer privat und Beruf, das meistens zusammenkommt mit solchen Sachen, und er hat mit einem Kind auch seit längerer Zeit ... gewisse Sachen, die dem Ganzen sicher auch, was das Ganze noch erschwert hat und so, ... und das sind solche Sachen, wo ich ihm gesagt habe, das bräuchte es eigentlich so nicht. Weil man kann diese Begründung sehr gut abgeben aufgrund vom Takt, den er gehabt hat, beruflich, aufgrund vom gesundheitlichen Hörsturz, den er gehabt hat, von den weiten Wegen, die er gehabt

> hat, Zusatzverantwortung, die er übernommen hat, das allein hat eigentlich gereicht für das Verständnis von seiner Situation.

Schlafprobleme oder Sorgen um ein Kind als zusätzliche Erklärungen für die Überlastung hätten der Argumentation nach der Ansicht Leo Alders Schlagkraft entzogen, dass die Arbeitsanforderungen die Überlastung herbeigeführt haben. Zudem erscheinen sie im Vergleich zu einem Hörsturz als weniger legitime Ursachen für eine Erschöpfung. In der Betonung der Arbeitsanforderungen zeigt sich eine Umkehrung der in Abschn. 6.2 festgestellten Auslagerung von Krankheitsursachen ins Private. Wenn es darum geht, Arbeitsbedingungen zu *kritisieren,* sind Hinweise auf „private" Ursachen für psychische Gesundheitsprobleme der Argumentation abträglich.

Dass es möglich ist, in dieser Situation Kritik an den Leistungsvorgaben anzubringen, hängt zum einen damit zusammen, dass diese abgesehen vom betroffenen Beschäftigten von niemandem im Team erreicht werden. Zum anderen ist die Aushandlung der Leistungsstandards in der neu geschaffenen Organisationseinheit noch nicht abgeschlossen. Dieses Beispiel ist als Ausnahme anzusehen. In den untersuchten Unternehmen scheint es im Allgemeinen wenig Ansatzpunkte zu geben, Kritik an den Arbeitsbedingungen, die durch einzelne Beschäftigte oder Vorgesetzte vorgebracht wird, aufzugreifen. In den zwei Fällen das Samples, in denen die *Beschäftigten* die Arbeitsbedingungen und das Management kritisieren, führt dies zu einem mehr oder weniger offen ausgetragenen Konflikt, zu dessen Bewältigung die involvierten Vorgesetzten auf das Instrument des Disziplinarverfahrens zurückgreifen.

10.2 Die Marginalität der staatsbürgerlichen Konvention

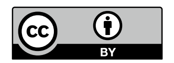
Die Kritik an gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitsbedingungen verweist auf die Themen des Gesundheitsschutzes und der Arbeitssicherheit. Als Anrechte einer kollektiven Arbeitnehmerschaft lassen sich diese der *staatsbürgerlichen Konvention* zuordnen, in der Personen und Objekten Größe zukommt, insofern sie Kollektivinteressen anstelle von Partikularinteressen vertreten:

> In der staatsbürgerlichen Welt gelangt man zu Größe, indem man die partikularen und unmittelbaren Interessen aufgibt, *über sich* selbst hinauswächst und die „*eigenen Interessenlagen den kollektiven* hintenanstellt". (Boltanski und Thévenot 2007, Hervorhebung i. O., S. 260)

In den Rechtfertigungen von Wiedereingliederungsmaßnahmen (Kap. 6) wird im Datenmaterial nicht auf die staatsbürgerliche Konvention rekurriert, in dem Sinne, dass eine Wiedereingliederung und entsprechende Anpassungen des Arbeitsplatzes an den Gesundheitszustand von Beschäftigten als ein im Arbeitnehmerstatus begründetes kollektives Anrecht postuliert wird. Die staatsbürgerliche Konvention ist einzig präsent in der Kritik an Arbeitsbedingungen hinsichtlich der durch sie verursachten gesundheitlichen Belastungen durch Beschäftigte (vgl. Abschn. 10.1).

So lässt sich Bernhard Aebischers Kritik an den Arbeitsbedingungen und dem Umgang mit Beschäftigten als Versuch verstehen, die Arbeitsbedingungen als gesundheitliches Risiko für *alle* Kundenberater zu problematisieren und damit auf Kollektivinteressen zu rekurrieren (Abschn. 8.1). Im BGM fehlen jedoch „Arrangements", die eine über die staatsbürgerliche Konvention begründete Einforderung gesundheitsverträglicher Arbeitsbedingungen mit Allgemeinheit ausstatten würden. Kritik an den Arbeitsbedingungen wird vielmehr dadurch absorbiert, dass sich das BGM mit den individuellen Problemen der betreffenden Beschäftigten auseinandersetzt.

In den drei Unternehmen werden Wiedereingliederungen oder gesundheitsgerechtere Arbeitsbedingungen kaum im Namen des Kollektivinteresses innerhalb des Betriebs eingefordert. Dies mag mit der Entwicklung der „Entkollektivierung" von Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit zusammenhängen, die zunehmend individualisiert wurden, seit nicht nur physische, sondern auch psychische Belastungsfaktoren berücksichtigt werden (Brunnett 2018). Für die Schweiz überrascht die Marginalität der staatsbürgerlichen Konvention in der Rechtfertigung von Eingliederungsmaßnahmen darüber hinaus nicht, weil es in diesem Bereich tatsächlich keine gesetzlichen Vorgaben für Unternehmen gibt, die die Berücksichtigung psychischer Gefährdungen bei der Arbeit als Anrecht der Arbeitnehmenden verankern würden.


BY

Teil III

DISKUSSION UND SCHLUSS

11 Konventionentheoretische Diskussion der Ergebnisse

Die folgenden beiden Schlusskapitel dienen der Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse dieser Studie. Wurden die theoretischen Konzepte der Soziologie der Konventionen im empirischen Teil nur punktuell als sensibilisierende Konzepte in die Analyse einbezogen, so stelle ich in Kap. 11 systematisch Bezüge zum theoretischen Rahmen her. Kap. 12 präsentiert die zentralen Schlussfolgerungen der Studie.

Ziel der empirischen Untersuchung war es, Deutungsmuster und Koordinationslogiken herauszuarbeiten, die sich für die Wiedereingliederung psychisch erkrankter Mitarbeitender als zentral herausstellen. Kap. 11 dient der Zusammenfassung der herausgearbeiteten Deutungsmuster und Koordinationslogiken. Über die Anwendung der konventionentheoretischen Perspektive sollte das Postulat eingelöst werden, betriebliche Arbeitsintegration in ihrer Einbettung in Unternehmen als soziale Gefüge mit spezifischen Organisationsstrukturen und betrieblichen Eigenlogiken zu betrachten. Mit der EC sollten, spezifischer, die „Grammatiken" der Beurteilung von Wiedereingliederungsmöglichkeiten und der Begründung von Entscheidungen über die weitere Beschäftigung, sowie deren Zusammenhang mit den kognitiv-evaluativen Formaten des Personalmanagements und der Arbeitsorganisation in den Blick genommen werden.

Ausgehend von der Annahme, dass Prozesse der Wiedereingliederung und Entscheidungen über die weitere Beschäftigung gesundheitlich eingeschränkter Mitarbeitender in Betrieben vielfältige Fragen der Gerechtigkeit aufwerfen können (vgl. Abschn. 2.3.3), wurde ein besonderes Augenmerk auf die Identifizierung „kritischer Momente" gelegt, in denen die Akteurinnen sich im Regime des rechtfertigbaren Handelns bewegen. Dabei sollten die Begründungsmuster herausgearbeitet werden, nach denen die Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung in Unternehmen gerechtfertigt werden. Zur Frage stand also, auf

A. Gonon, *Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit*, Soziologie der Konventionen,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41117-6_11

welche Konventionen sie in ihrer Kritik bzw. der Formulierung von Rechtfertigungen im Rahmen der betrieblichen Wiedereingliederung zurückgreifen. Auf diese Weise sollten die „Grammatiken" der kollektiven betrieblichen Beurteilung von Wiedereingliederungsmöglichkeiten hervortreten. Da Deutungsmuster und Koordinationslogiken nach der EC einen Objektbezug aufweisen, wurde zudem auf die materiellen Objekte sowie Formate geachtet, die bestimmte Deutungen oder Begründungslogiken stützen oder auch Kompromisse zwischen widersprüchlichen Deutungsrahmen und Rechtfertigungsordnungen stabilisieren.

Abschn. 11.1 erläutert die zwei zentralen Koordinationserfordernisse der betrieblichen Arbeitsintegration. Abschn. 11.2 diskutiert, auf welche Weise im Rahmen der Koordination der betrieblichen Wiedereingliederung „kritische Momente" auftreten und setzt das anhand der empirischen Analysen entwickelte Konzept der Rechtfertigungsarbeit mit dem Modell des Rechtfertigungshandelns nach Boltanski und Thévenot in Beziehung. Abschn. 11.3 fasst die Begründungsmuster zusammen, die in der Kritik und Rechtfertigung von Wiedereingliederungsaktivitäten von Bedeutung sind und bezieht sie auf die von Boltanski und Thévenot beschriebenen Rechtfertigungsordnungen. Abschn. 11.4 diskutiert schließlich die Koordinationsmodelle und Formate des Managements von psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit als Kompromiss zwischen verschiedenen betrieblichen Logiken und charakterisiert diesen als „selektive Wiedereingliederung".

11.1 Koordinationserfordernisse in der Eingliederung

Die Situation, in der eine Mitarbeiterin aus psychischen Gründen arbeitsunfähig wird, ist durch zwei Koordinationserfordernisse gekennzeichnet, mit denen Unsicherheit verbunden ist. Erstens *muss abgeschätzt werden, in welchem Ausmaß das Arbeitsvermögen der Betroffenen eingeschränkt ist*. Zwar liefert in vielen Fällen ein ärztliches Attest Anhaltspunkte dafür. Ein Arztzeugnis stellt zudem einen für kurze Zeit gesetzlich bindenden Rahmen dar, der die Arbeitgeberin dazu verpflichtet, den Leistungsausfall als Krankheit und nicht als Fehlverhalten des Mitarbeiters zu behandeln. Diese Einordnung ist durch das Arbeitsgesetz, den verlängerten Kündigungsschutz[1] und die Lohnfortzahlungspflicht[2] abgestützt.

[1] Gesetzlich verbindlich ist dieser Rahmen tatsächlich nur für kurze Zeit. Der Kündigungsschutz für kranke Mitarbeitende beträgt in der Schweiz 30 Tage im ersten Dienstjahr, 90 Tage vom zweiten bis zum fünften Dienstjahr und 180 Tage ab dem sechsten Dienstjahr.

[2] In der Schweiz schulden Arbeitgeberinnen arbeitsunfähigen Arbeitnehmern von Gesetzes wegen je nach Dienstalter Lohnfortzahlungen zwischen drei und 17 Wochen.

Das ärztliche Attest fungiert damit als ein kognitives, gesetzlich abgestütztes Format, das zur Objektivierung und Legitimität eines Leistungsausfalls als krankheitsbedingt beiträgt. Trotzdem bleibt die Situation mit Unsicherheiten behaftet: Aus einer ärztlichen Krankschreibung geht nicht hervor, wie lange eine Mitarbeiterin insgesamt ausfallen wird. Zwar wird ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis normalerweise auf eine begrenzte Dauer ausgestellt. Nach deren Ende kann aber eine weitere Krankschreibung erfolgen. Es ist also unklar, wann und ob jemand überhaupt in seiner Stelle wieder einsatzfähig sein wird. Bei psychischen Erkrankungen ist der zu erwartende Verlauf oftmals schlecht abschätzbar. Zudem kann das eingeschränkte Arbeitsvermögen, wie das Datenmaterial zeigt, trotz ärztlicher Bescheinigung Gegenstand von Zweifeln und wiederholter Überprüfung und Aushandlung bleiben. So wird die Legitimität von Arztzeugnissen durch betriebliche Akteure zuweilen systematisch angezweifelt, etwa indem der Grad der Arbeitsunfähigkeit als übertrieben dargestellt wird. Insbesondere im Kontext von Konflikten wird eine Arbeitsunfähigkeit mitunter als Ausflucht der Betroffenen interpretiert. Um die Deutung abzuwenden, die Krankschreibung sei ein Weg, sich der Arbeitspflicht zu entziehen, bedarf es einer Plausibilisierungsarbeit, die legitime Ursachen für die Arbeitsunfähigkeit etabliert. Auch hier sind psychische Erkrankungen besonders betroffen, weil sie zu den tabuisierten Krankheiten gehören und ihre Symptome für Außenstehende nicht leicht als Krankheitssymptome erkennbar sind.

Zugleich finden sich im Sample auch Beschäftigte, bei denen die Einordnung als Fall einer psychischen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auf einer Selbst- oder Fremdzuschreibung beruht, ohne dass eine ärztliche Krankschreibung vorliegt. Einige BGM- und Personalverantwortliche in den beiden Versicherungsunternehmen setzen sich dafür ein, dass Beschäftigte, bei denen möglicherweise psychische Krankheiten bestehen, nicht als „low performers" behandelt werden. Die Betrachtung solcher Mitarbeitenden unter dem Aspekt eines möglichen Gesundheitsproblems hängt zu einem Teil mit der kognitiven Instrumentierung des Personalmanagements, respektive der Zuständigkeitsdefinition und Organisation des BGM zusammen: In einem der beiden Versicherungsunternehmen wird das BGM regulär in jedes Disziplinarverfahren miteinbezogen. Möglichen gesundheitlichen Aspekten von Konflikten oder Leistungsproblemen wird damit institutionell Rechnung getragen. Die breite Zuständigkeit, nicht nur für kranke Beschäftigte, sondern für verschiedene soziale und persönliche Probleme führt zu einer Ausweitung der Interpretationsfolie des Gesundheitsproblems auf Beschäftigte, deren Status als Kranke nicht über eine formale Krankschreibung geregelt ist. Zugleich bleibt diese Art der Einordnung als gesundheitliches Problem instabil und kann – gerade im Konfliktfall – leicht hinterfragt werden, besonders wenn

kein ärztliches Attest vorliegt. In beiden Fällen – mit oder ohne ärztliche Krankschreibung – muss die Einordnung als Krankheit bisweilen gegenüber Zweifeln und kritischen Einwänden verteidigt werden.

Das zweite Koordinationserfordernis betrifft die *Entscheidung über Maßnahmen zur Wiedereingliederung und weiteren Beschäftigung sowie deren Umsetzung.* Es ist nicht immer eindeutig, welche Maßnahmen angemessen und erfolgsversprechend sind. Im BGM und Personalmanagement sind zwar Verfahrensregeln zum Umgang mit Krankheiten und Leistungsproblemen von Beschäftigten definiert. Da Regeln nach der EC niemals vollständig sind, müssen sie durch die betrieblichen Akteurinnen auf den Einzelfall angewendet und interpretiert werden (Diaz-Bone 2009b). Zudem können Maßnahmen im Unternehmen verschiedentlich auf Kritik stoßen. Das Ausmaß, in dem Eingliederungsmaßnahmen in den drei Unternehmen Unverständnis und Kritik hervorrufen, hängt von der Abteilung und dem Job der Betroffenen ab. Je ungewöhnlicher eine Maßnahme in einem Arbeitsumfeld ist, desto eher ist zu erwarten, dass Kollegen sie als ungerecht kritisieren und höhere Vorgesetzte oder Personalverantwortliche sie als unangemessen in Frage stellen. In Arbeitsbereichen, in denen Vollzeitarbeit die Norm ist, wirft bereits ein vorübergehendes Teilzeitpensum Rechtfertigungsbedarf auf. Mitentscheidend für das Ausmaß des Rechtfertigungsbedarfs sind die Formate der Leistungssteuerung und Arbeitsorganisation: Job Designs, d. h. die Gestaltung von Stellenprofilen und die betrieblichen Regeln, wie gearbeitet werden soll und wie die Qualität von Arbeit bewertet wird. Darüber hinaus spielen informelle Arbeitsroutinen, Reziprozitätserwartungen und Statusordnungen eine Rolle.

11.2 Kritische Momente und Rechtfertigungsarbeit

Innerhalb der Koordination von Wiedereingliederungsprozessen können also sowohl das krankheitsbedingt eingeschränkte Arbeitsvermögen als auch die im Betrieb getroffenen Maßnahmen zur Reintegration Zweifel und Kritik hervorrufen. Die Möglichkeit der Kritik ergibt sich nach Boltanski (2010) aus dem Wesen der Institutionen selbst, die durch eine inhärente Spannung gekennzeichnet sind, die er als „hermeneutischen Widerspruch" bezeichnet. So geben Institutionen vor, abschließend und endgültig zu sagen, *was ist,* können aber zugleich niemals den gesamten „sozialen Raum" besetzen (Boltanski 2010, S. 148). Es bleiben immer Elemente, die mit der durch die Institution betriebenen Konstruktion der Realität nicht übereinstimmen. An diesen kann Kritik ansetzen. Je heterogener bzw., in der Formulierung von Boltanski und Thévenot (2007, S. 303), je „hybrider" eine Situation ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass Kritik geäußert wird. Die

berufliche Eingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter ist durch eine Heterogenität kategorialer und normativer Bezugssysteme gekennzeichnet, so etwa das medizinische Fachwissen der Ärztinnen, betriebliche Formen der Leistungsbewertung und Personalplanung, Reziprozitätserwartungen zwischen den Beschäftigten und Verfahrensregeln des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Da die je nach Bezugssystem erfolgenden Realitätskonstruktionen nicht deckungsgleich sind, überrascht es nicht, dass die Wiedereingliederung durch eine Vielzahl „kritischer Momente" gekennzeichnet ist.

Zur Charakterisierung „kritischer Momente" habe ich in den empirischen Analysen die Kategorien Rechtfertigungsbedarf und Rechtfertigungsarbeit verwendet: In der *Situation* einer *psychisch* bedingten Arbeitsunfähigkeit ergibt sich *Rechtfertigungsbedarf* im Hinblick auf die Einordnung als „echte" Krankheit und bezüglich der getroffenen betrieblichen Maßnahmen. *Rechtfertigungsarbeit* stellt ein zentrales Handlungserfordernis dar, das verschiedene betriebliche Akteurinnen bewältigen, um eine Reintegration der Betroffenen am Arbeitsplatz zu erreichen. Im Folgenden sollen die EC-Konzepte der „kritischen Momente" und des Handlungsregimes des rechtfertigbaren Handelns zu einer weiteren Klärung der empirisch entwickelten Kategorien verwendet werden. Zu diesem Zweck seien hier nochmals die wichtigsten Merkmale eines kritischen Moments genannt: Es handelt sich um einen Moment, in dem es zu einer Streitigkeit kommt und in dem Kritik geäußert wird. Dabei werden Routinen unterbrochen. Die Akteure treten aus dem Bereich des Selbstverständlichen heraus und wechseln auf eine höhere Reflexionsstufe. Ein weiteres Merkmal ist dasjenige der Öffentlichkeit. Kritische Momente verlangen „stichfeste Urteilsprinzipien" (Boltanski 2010, S. 51), die einer Überprüfung durch beliebige Dritte standhalten können: „The justifiable action engagement regime is oriented by demands of a public order, since the evaluation must be valid for a third party and characterized by generality and legitimacy." (Thévenot 2007, S. 417) Die Argumentation muss sich auf allgemeingültige Äquivalenzprinzipien stützen, die es erlauben, Unstimmigkeiten und Ungerechtigkeiten kenntlich zu machen und eine bestimmte Form des Gemeinwohls implizieren. Nach Boltanski ereignen sich kritische Momente hauptsächlich in direkten Interaktionssituationen, in denen sich Personen von Angesicht zu Angesicht gegenüberstehen und ihre Streitigkeiten diskursiv austragen (Basaure 2008, S. 4).

Bei den im Datenmaterial der vorliegenden Studie dokumentierten Situationen des Rechtfertigungsbedarfs handelt es sich in einigen Fällen um Interaktionssituationen, in denen von Angesicht zu Angesicht Kritik geäußert wird: So kritisieren Betroffene, Arbeitskolleginnen oder BGM-Verantwortliche Eingliederungsmaßnahmen als ungerecht. Vorgesetzte stellen die Angemessenheit von ärztlichen

Zeugnissen und den darin festgelegten Grad einer Arbeitsunfähigkeit in Frage. Übergeordnete Vorgesetzte hinterfragen den Aufwand, der zur Eingliederung eines Mitarbeiters betrieben wird. BGM- oder Personalverantwortliche kritisieren Vorgesetzte bezüglich ihres rücksichtslosen Umgangs mit psychisch angeschlagenen Mitarbeiterinnen. Von Interviewten werden aber auch Situationen benannt, in denen Kritik nicht von Angesicht zu Angesicht geäußert wird: so zum Beispiel, wenn Mitarbeiter nach einer Entlassung rechtliche Schritte einleiten. Auch hier handelt es sich um Streitigkeiten im weiteren Sinn. Bei Gerichtsfällen ist das Kriterium der Öffentlichkeit unstrittig gegeben, aber auch der Umgang mit arbeitsunfähigen Beschäftigten und die Entscheidung über Eingliederungsmaßnahmen wird von einer betriebs*internen* Öffentlichkeit mitverfolgt: Diese setzt sich aus den involvierten Arbeits- und Führungskräften, aber auch Kolleginnen der Betroffenen zusammen.

Wie die empirischen Analysen zeigen, können psychische Probleme von Beschäftigten in Betrieben zu zwei Arten von kritischen Momenten führen. Zum einen stehen *Qualitäten der Betroffenen* – beispielsweise als „echte“ Kranke oder als leistungsfähige Mitarbeitende – zur Debatte. Zum anderen haben sich am Umgang mit (potenziell) erkrankten Mitarbeitenden die *Qualitäten des Unternehmens* – beispielsweise als effizient geführter Betrieb oder als sozial verantwortlich agierender Arbeitgeber – zu erweisen. Wie sich am Fallbeispiel Bernhard Aebischers (8.1) zeigt, kann zwischen diesen beiden Arten der Kritik hin- und hergewechselt werden. Als Bernhard Aebischer von seinen Vorgesetzten zunächst hinsichtlich seiner mangelnden Leistungen kritisiert wird und mit dem Disziplinarverfahren seine Qualitäten als leistungs- und anpassungsbereiter Mitarbeiter überprüft werden sollen, kritisiert er das Disziplinarverfahren als unangebracht und verweist auf seine psychische Überforderung. Zur Frage stehen damit nicht mehr seine Qualitäten als Beschäftigter, sondern die Qualität des Unternehmens als Arbeitgeberin, die ihrer Fürsorgepflicht gegenüber den Mitarbeitenden nachkommt.

Eine *Realitätsprüfung* stellt nach Boltanski und Thévenot ein Mittel zur Bewältigung kritischer Momente dar. Sie setzt der Uneinigkeit ein Ende, indem sie den Wert und die Qualitäten von Personen oder Objekten nach einem spezifischen Verfahren festlegt (Boltanski und Thévenot 2007, S. 191). Realitätsprüfungen haben im Unterschied zu so genannten Wahrheitsprüfungen einen tatsächlichen Testcharakter, d. h. es besteht a priori Ungewissheit über ihr Resultat (Boltanski 2010, S. 155 ff.). Prüfungen können sich aber auch auf die Adäquatheit einer Prüfung selbst beziehen, zum Beispiel, wenn die Durchführung eines Disziplinarverfahrens mit dem Verweis auf psychische Probleme einer Beschäftigten als unangemessen herausgestellt wird, wie es im Fallbeispiel Bernhard Aebischers

(8.1) geschieht. Zu einer Realitätsprüfung im Sinne Boltanskis und Thévenots gehört, wie Knoll (2021) herausstreicht, ein institutionalisiertes Prüfverfahren. Von einer Realitätsprüfung im engeren Sinn kann im Datenmaterial deshalb nur in Bezug auf die *Qualitäten der Betroffenen* die Rede sein, wenn durch das Absenzenmanagement die Gründe von Abwesenheiten überprüft werden, oder sich im Rahmen eines Disziplinarverfahrens die Leistungsbereitschaft einer Mitarbeiterin zeigen soll. Neben institutionalisierten Realitätsprüfungen lassen sich im Datenmaterial jedoch noch weitere Strategien der Bewältigung kritischer Momente beobachten.

Ein zentrales Ergebnis der Studie besteht in der These, dass die Bewältigung kritischer Momente einen wichtigen Teil der Eingliederungsarbeit in Unternehmen ausmacht – verstanden als Arbeit, die von verschiedenen Akteuren, den Betroffenen, Vorgesetzten, BGM- und HR-Verantwortlichen – geleistet werden muss, damit der berufliche Wiedereinstieg und die Integration am angestammten oder einem anderen Arbeitsplatz im Unternehmen erfolgreich sind. In der Grounded Theory-Analyse spreche ich von *Rechtfertigungsarbeit* als einem Teil der Eingliederungsarbeit. Das Konzept ist anschlussfähig an das Modell des Rechtfertigungshandelns nach Boltanski und Thévenot, insofern diese die alltäglichen Operationen des Übens und Begründens von Kritik, sowie des Rechtfertigens ebenfalls als Arbeit verstehen: Es handelt sich um die Operationen, die Akteurinnen zu vollziehen haben, um sinnhafte und stichhaltige Konstruktionen der sozialen Welt herzustellen (Boltanski und Thévenot 2000, S. 208 f.). Im Anschluss an Boltanski und Thévenot *verstehe ich unter Rechtfertigungsarbeit die alltäglichen Methoden der Begründung und Kritik von Handlungen im Bereich der Weiterbeschäftigung und Wiedereingliederung*. Darüber hinausgehend fasse ich auch die Ausrichtung von Handlungsstrategien an gängigen Rechtfertigungskriterien unter der Kategorie Rechtfertigungsarbeit.

Rechtfertigungsarbeit wird also geleistet, um die Angemessenheit von Wiedereingliederungsmaßnahmen zu bekräftigen und Eingliederungsentscheidungen im Betrieb als sinnvoll und wohlbegründet erscheinen zu lassen. Rechtfertigungsarbeit kann entweder im Rahmen einer institutionalisierten Prüfung oder auch im informellen Rahmen geleistet werden. Sie vollzieht sich, wie im Folgenden argumentiert werden soll, teilweise im Regime des rechtfertigbaren Handelns oder, mit einem Konzept von Boltanski, in den metapragmatischen Registern der *Kritik* und der *Bestätigung* (Boltanski 2010, S. 106 f., 113 ff.). Rechtfertigungsarbeit kann verschiedene Gestalten annehmen. Sie kann *erstens* in einer direkten Reaktion auf Kritik bestehen, wenn in der Interaktion Argumentationen und Rechtfertigungen formuliert werden. Als Reaktion auf Kritik oder weitere Kritik vorwegnehmend kann Rechtfertigungsarbeit zudem in der Ausarbeitung von

Rechtfertigungserzählungen bestehen. Hierbei handelt es sich um Darstellungen der Ursachen und des Verlaufs der Erkrankung und der betroffenen Beschäftigten, die auf bereits geäußerte Zweifel reagieren oder erwartbare Einwände antizipieren. Rechtfertigungserzählungen zielen darauf, die Betroffenen in Bezug auf antizipierte Kritik und Logiken der Beurteilung vorteilhaft zu präsentieren. Ihre Entwicklung wird auch durch BGM-Verantwortliche angestoßen, die gemeinsam mit den Betroffenen eine Selbstpräsentation ausarbeiten, die sich günstig auf deren Reintegrationschancen auswirken soll. In der Begründung, weshalb sie sich für oder gegen bestimmte Wiedereingliederungsmaßnahmen entschieden haben, argumentieren auch Vorgesetzte mit den in solchen Fallschilderungen herausgestellten Ursachen der Erkrankung.

Diese beiden Typen der Rechtfertigungsarbeit beruhen auf der Formulierung von Rechtfertigungen und lassen sich als *argumentative* Rechtfertigungsarbeit beschreiben. Dieser Teil der Rechtfertigungsarbeit findet im Regime des rechtfertigbaren Handelns statt. Sowohl Boltanski als auch Thévenot weisen auf die sprachlichen Besonderheiten des Regimes des rechtfertigbaren Handelns hin. Thévenot hält fest:

> When discursive language is used in this regime, it is sharply distinct from the ordinary language used to communicate planned action. It implies controlled use of reference terms that constitute so many conventional benchmarks and apprehend objects in terms not of their functions but their legitimate qualities. Language here links together conventional beings only, in texts that are more like a systematic table than a narrative; it thereby becomes conventional itself, not unlike the language of law, which is to be used to the letter. The use of conventional terms gives the language of this engagement its rigid, official quality. (Thévenot 2007, S. 418)

Nach Thévenot zeichnet sich das Regime des rechtfertigbaren Handelns durch die systematische Bezugnahme auf standardisierte Referenzen aus, mit denen legitime Qualitäten herausgestellt werden sollen. Die Sprache erhält dadurch einen formelhaften Charakter. Ähnlich beschreibt Boltanski die Sprache des metapragmatischen Registers als gekennzeichnet durch einen von Regeln geprägten Kategoriengebrauch, der auf den „Bezug zu homogenen, deutlich begrenzten semantischen Räumen“ aufbaut (Boltanski 2010, S. 111). Einige dieser Eigenschaften finden sich in den empirische beobachteten Rechtfertigungserzählungen wieder. So fällt auf, dass gewisse sprachliche Wendungen von verschiedenen Akteuren formelhaft wiederholt werden, wie zum Beispiel: „sie hat immer gewollt“, „es schien, als sei er nicht glücklich gewesen mit seinem Job“ (Abschn. 6.1.1) oder „es ist nicht der Job, der ihn krank macht“ (Abschn. 6.2.1).

Dies führt dazu, dass die Erzählungen in gewissen Passagen rigide und stereotyp wirken.

Wenn Rechtfertigungserzählungen als antizipierende Reaktionen auf erwartbare Kritik entwickelt werden, lassen sie sich dem metapragmatischen Register der *Bestätigung* nach Boltanski (2010, S. 113 ff.) zuordnen, welches demjenigen der Kritik systematisch entgegengesetzt ist. Im Register der Bestätigung geht es darum, eine bestimmte Realitätskonstruktion zu konsolidieren und dadurch „Unruhe, über das, was ist, abzuschwächen" (ebd., S. 114). Sprachlich zeichnet sie sich dieses Register durch häufige Wiederholungen und tautologische Formulierungen aus. Auch Wiederholungen sind in den empirisch beobachteten Rechtfertigungserzählungen häufig, wie sich an den in Kap. 6 zitierten Interviewaussagen zeigt, zum Beispiel am folgenden Zitat.:

> Ich glaube nicht, dass der Job ihn krank macht, weil das ist ein super, das ist, das ist einer, der geht auf neue Kunden los. Und ich habe selbst, also der, der gewinnt Kunden, weil er einfach ein super Typ ist. Der ist seit 20 Jahren in der Branche, […] Also das ist wirklich so ein super Typ, das ist nicht der Job, der ihn krank macht. (Personalverantwortliche, vgl. Abschn. 6.2.1).

Ein *dritter* Typ der Rechtfertigungsarbeit besteht schließlich darin, durch strategisches Handeln kritische Momente gezielt zu vermeiden. Akteurinnen der Eingliederung sind sich des Problems des entstehenden Rechtfertigungsbedarfs und der gängigen Begründungslogiken bewusst. In ihrem Handeln lassen sich Strategien erkennen, die darauf abzielen, den Rechtfertigungsbedarf eines eingeschränkten Leistungsvermögens oder von Wiedereingliederungsmaßnahmen so gering wie möglich zu halten. Beispiele dafür sind das Verzichten auf Arbeitsplatzanpassungen, von denen erwartbar ist, dass sie Kritik auslösen würden, wie auch das nur teilweise Beanspruchen eines therapeutischen Teilzeitpensums, wie im Beispiel Simon Rohners (Abschn. 5.1). In diesem Fall richten sowohl der Betroffene als auch sein direkter Vorgesetzter ihre Strategien darauf aus, Kritik der Kollegen und des höheren Managements zu vermeiden. Ein anderes Beispiel ist die Orientierung an Verhaltenserwartungen der Arbeitgeberin durch die Betroffenen, wie es im Fall von Irina Cerny (Abschn. 6.1.2) deutlich wird.

11.3 Konventionen der Rechtfertigung betrieblicher Reintegration

In der *Formulierung* von Rechtfertigungen und Kritik beziehen sich die Akteure im Datenmaterial der vorliegenden Studie auf Kriterien, die sich vier unterschiedlichen Konventionen nach Boltanski und Thévenot zuordnen lassen. Von Bedeutung ist die *häusliche Konvention:* Vor allem in der Beurteilung von Beschäftigten durch Vorgesetzte, BGM- und Personalverantwortliche spielen „zwischenmenschliche Beziehungen" eine wichtige Rolle (Boltanski und Thévenot 2007, S. 228). Als Grundlage für die Verpflichtung gegenüber erkrankten Beschäftigten wird deren Willensbekundung, sich an den Erwartungen des Unternehmens auszurichten, angesehen. Die Dominanz der häuslichen Konvention in den Rechtfertigungen von eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und Eingliederungsaktivitäten lässt sich damit erklären, dass den direkten Vorgesetzten in der Entscheidung über die weitere Beschäftigung am meisten Gewicht zukommt. Dies verleiht Faktoren der Kooperation und der Beziehung Bedeutung. Die Gewichtung der häuslichen Konvention in der Beurteilung gesundheitlich eingeschränkter Mitarbeitender hängt, wie Nadai et al. (2019, S. 162) argumentieren, mit der (räumlichen) Nähe der Betroffenen zu den entscheidungsbefugten Vorgesetzten zusammen. Sind diese weit weg von den gesundheitlich eingeschränkten Beschäftigten, sind sie eher zu einer Betrachtung nach Kosten- und Effizienzkriterien geneigt.

Auch auf die *industrielle Konvention* wird in den analysierten Rechtfertigungen Bezug genommen. Nach dieser Konvention hängt Wert mit Effizienz und Funktionalität zusammen (Boltanski und Thévenot 2007, S. 278): Personalmaßnahmen in Bezug auf psychisch erkrankte Beschäftigte werden darauf hin betrachtet, inwiefern sie zu einem langfristig effizienten Einsatz der Arbeitskräfte beitragen. Eine Wiedereingliederung lohnt sich aus diesem Blickwinkel vor allem bei Beschäftigten, von denen zu erwarten ist, dass sie die Leistungsanforderungen ihrer Arbeitsstelle in absehbarer Frist wieder erfüllen werden. In Arbeitsbereichen, in denen die Beschäftigten unter starkem Leistungsdruck stehen und psychische Erkrankungen häufig vorkommen, stützen sich Rechtfertigungen auf die Argumentation ab, dass die Erkrankung der Betroffenen nicht arbeitsbedingt ist und daher mit einem problemlosen Wiedereinstieg zu rechnen ist. Rechtfertigungen dieser Art scheinen vor allem darauf ausgerichtet, den Generalverdacht auszuräumen, jemand könne durch die Arbeit krank geworden und daher für den Job prinzipiell ungeeignet sein. Das Gewicht *industrieller* Rechtfertigungskriterien hängt also mit den Formen der Leistungssteuerung, den durch

sie erzeugten psychischen Beanspruchungen und dem daraus entspringenden Verdacht zusammen, dass eine Krankheit arbeitsbedingt sein könnte.

Zudem kann die *Marktkonvention* eine Rolle spielen, der zufolge Preis und Markterfolg die zentralen Bewertungskriterien darstellen (ebd., S. 268). Eine Eingliederung zahlt sich nach dieser Perspektive bei solchen Beschäftigten aus, die aufgrund ihrer Eigenschaften und Kompetenzen (z. B. spezielle Qualifikationen, frühere Erfolge) auf dem Arbeitsmarkt schwer ersetzbar scheinen. Im Rahmen der kennzahlenorientierten Steuerung lässt sich der „Wert" eines Mitarbeiters als Kennwert der erzielten Verkaufserfolge ausdrücken. Eingliederungsmaßnahmen wie z. B. die Anpassung von Aufgabenprofilen lassen sich in diesem Rahmen über die besonderen Markterfolge einer Mitarbeiterin rechtfertigen. Das Gewicht marktlicher Rechtfertigungskriterien hängt also auch davon ab, ob es üblich ist, die Leistungen der Beschäftigten als monetäre Erfolge zu quantifizieren.

Die *staatsbürgerliche Konvention,* nach der Kollektivinteressen das zentrale Wertkriterium ausmachen, kam in der Begründung von Beschäftigungsentscheidungen durch Vorgesetzte, BGM- oder Personalverantwortliche nicht vor. Dies lässt sich zum Teil damit erklären, dass sich die Studie auf die Frage der *Weiterbeschäftigung* bestehender Mitarbeitender bezieht, nicht aber auf die Neuanstellung gesundheitlich eingeschränkter Arbeitskräfte, für die staatsbürgerliche Begründungen eine größere Rolle spielen (Nadai et al. 2019; Canonica 2020). Bezüge auf das kollektive Interesse wurden dennoch vereinzelt formuliert, und zwar in der Kritik an Arbeitsbedingungen durch Beschäftigte. Darin bezogen sie sich auf das gemeinsame Interesse der Arbeitnehmenden, die unter den gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeit zu leiden haben. Diese Art von Kritik blieb in den untersuchten Unternehmen jedoch ohne Folgen.

Aus den beschriebenen Begründungs- und Rechtfertigungslogiken der betrieblichen Arbeitsintegration ergeben sich für Beschäftigte, die sich bezüglich einer Wiedereingliederung vorteilhaft positionieren wollen, konkrete Handlungsanforderungen. So berichteten Betroffene davon, dass sie sich während der Krankschreibung und Wiedereingliederung bewusst an den Erwartungen ihrer Arbeitgeberinnen orientierten, um sich als kooperative, zuverlässige Mitglieder der Betriebsgemeinschaft zu erweisen. Dabei gingen sie auch auf Erwartungen ein, die sie angesichts ihres Gesundheitszustands noch überforderten. Zum Beispiel beantworteten sie frühe Kontaktversuche des BGM, während sie sich noch in einer psychiatrischen Klinik aufhielten, um ihre Kooperativität und weitere Verbundenheit mit dem Unternehmen zu demonstrieren. Um mögliche Zweifel an ihrer Produktivität und Leistungsfähigkeit zu beseitigen, pochten einige Interviewte selbst auf einen frühen Wiedereinstieg, obwohl eine längere

Krankschreibung aus der Sicht der behandelnden Ärztinnen und der BGM-Verantwortlichen sinnvoll gewesen wäre. Die oftmals hervorgehobenen „privaten“ Ursachen der Erkrankung wurden auch als Begründung dafür herangezogen, dass keine Anpassungen von Arbeitsaufgaben nötig seien.

Ähnlich wie die Strategie des *Vermeidens* kritischer Momente können diese Handlungsanforderungen dazu führen, dass erkrankte Beschäftigte sehr früh wieder an ihrem Arbeitsplatz einsteigen und dass auf mögliche Eingliederungsaktivitäten verzichtet wird, weil diese die weitere Leistungsfähigkeit der Betroffenen in Frage stellen würden. Rechtfertigungsbedarf und die sich aus den gängigen Rechtfertigungskriterien ergebenden Handlungsanforderungen können also dazu führen, dass das Potential möglicher Eingliederungsmaßnahmen nicht ausgeschöpft wird und Arbeitsplätze nicht gesundheitsgerechter gestaltet werden.

Dass Gerechtigkeitsfragen ein entscheidendes Thema im Eingliederungsprozess sind, und zwar besonders bei unsichtbaren und tabuisierten Erkrankungen, zu denen auch psychische Krankheiten gezählt werden, ist in der sozialwissenschaftlichen Forschung bereits bekannt. Vor allem untersucht wurde die Rolle der Gerechtigkeitswahrnehmungen von Kollegen der Betroffenen (Dunstan und MacEachen 2014; Windscheid 2019a). Diese spielt laut Forschungsbefunden eine wichtige Rolle für die Umsetzbarkeit von Wiedereingliederungsmaßnahmen. Denn viele Maßnahmen bedürfen der Kooperation von Kolleginnen. Zudem beeinflusst die antizipierte Reaktion der Kollegen die Entscheidung von Betroffenen, Eingliederungsmaßnahmen zu verlangen, sowie diejenige von Vorgesetzten, solche zu gewähren (Colella 2001; Colella et al. 2004). Die Resultate der vorliegenden Studie bestätigen diese Befunde. Ergänzend deuten sie zudem darauf hin, dass auch Gerechtigkeitsurteile anderer betrieblicher Akteurinnen – etwa höherer Vorgesetzter oder Personalverantwortlicher – eine Rolle spielen können. Mit dem Modell der Rechtfertigungsordnungen nach Boltanski und Thévenot konnten in dieser Studie typische Rechtfertigungsmuster identifiziert werden. Diese spielen für das Verständnis der Dynamiken der Arbeitsintegration eine entscheidende Rolle. Aus den vorherrschenden Rechtfertigungslogiken ergeben sich Zugzwänge und Anforderungen an die Eingliederungsakteure. Das Erfordernis, sich als kooperative sowie genesungs- und arbeitswillige Arbeitskraft zu präsentieren, wie auch die Anforderung, die weiter bestehende Leistungsfähigkeit zu demonstrieren, führen zu Handlungszwängen, die für die Eingliederung als dysfunktional anzusehen sind. So gehen Betroffene auf Erwartungen der Arbeitgeber ein, die sie angesichts ihres gesundheitlichen Zustands noch überfordern. Zudem tendieren BGM-Verantwortliche, Vorgesetzte und Betroffene dazu, private Ursachen der Erkrankung in den Vordergrund zu stellen und tragen damit zu

deren Individualisierung, sowie zu einer Entlastung des Unternehmens von der Verantwortung bei (Voswinkel 2017c, S. 275).

Mit der Annahme einer Pluralität von Rechtfertigungs- und Bewertungslogiken macht die Soziologie der Konventionen deutlich, dass in der Beurteilung von gesundheitlich eingeschränkten Arbeitskräften aus Arbeitgebersicht nicht nur deren Produktivität und der Geldwert ihrer Arbeitsleistung, sondern auch andere Wertigkeiten von Bedeutung sind, wie die soziale Verantwortung als Unternehmen gegenüber loyalen Mitarbeitenden. Die Exklusion gesundheitlich eingeschränkter Menschen aus dem Arbeitsmarkt kann also nicht nur, wie es in der materialistischen Variante der Disability Studies im Anschluss an Oliver (1990) geschieht, als Resultat einer kapitalistischen Verwertungslogik verstanden werden, sondern ist als Kompromiss zwischen diesen unterschiedlichen normativen Ordnungen der Beschäftigungsbeziehung zu analysieren.

Mit dem durch die Soziologie der Konventionen nahegelegten Fokus auf die normativen Dimensionen der sozialen Ordnung gerät zudem eine in den Disability Studies und der Arbeitssoziologie nicht thematisierte Art und Weise in den Blick, wie sich Formen der Arbeitsorganisation auf die Exklusion gesundheitlich eingeschränkter Menschen auswirken können: Leistungssteuerung und Arbeitskoordination beeinflussen das Ausmaß, in dem ein eingeschränktes Arbeitsvermögen und Eingliederungsaktivitäten im Unternehmen Rechtfertigungsbedarf aufwerfen. Die dadurch erzeugten Handlungszwänge und Anforderungen an die Akteurinnen der Wiedereingliederung sind für ein besseres Verständnis von betrieblichen Arbeitsintegrationsprozessen zentral.

11.4 Selektive Wiedereingliederung – Elemente eines Kompromisses

In der Beziehung zwischen Arbeitgebern und Beschäftigten kommt nach der EC verschiedenen normativen Prinzipien Relevanz zu (Bessy 2008). Dies zeigt sich auch in der betrieblichen Personalarbeit, welche nach Julia Brandl und Katharina Pernkopf (2015, S. 310) durch verschiedene Prinzipien geprägt ist und nicht nur im Hinblick auf ihren Beitrag zur Produktivität des Unternehmens bewertet wird, sondern auch bezüglich der Berücksichtigung moralischer Kriterien und situativer Gerechtigkeitserwartungen. Während oft pauschal von den „sozialen" Zielen des Personalmanagements die Rede ist, erlaubt die EC, zwischen unterschiedlichen moralischen Prinzipien und Gerechtigkeitserwartungen zu differenzieren. Im Folgenden diskutiere ich die Koordinationslogiken und Formate des betrieblichen Managements von (psychischer) Arbeitsunfähigkeit.

Erkrankungen von Beschäftigten stellen für die Unternehmen, wie die Interviewten der vorliegenden Studie betonen, einen Anlass dar, eine *sozial verantwortliche Haltung* einzunehmen. Die Betroffenen sollen genügend Raum und Unterstützung für ihre Genesung und den Wiedereinstieg am Arbeitsplatz erhalten. Als entscheidend für ein faires Personalmanagement gilt es, zwischen Beschäftigten, die krank sind, und solchen, deren Leistung oder Verhalten als ungenügend bewertet wird, zu unterscheiden. Dies ist gerade bei äußerlich nicht wahrnehmbaren und tabuisierten Erkrankungen, also bei vielen psychischen Krankheiten, eine Herausforderung. In den beiden Versicherungsunternehmen des Samples zielen verschiedene kognitive Formate auf die kategoriale Unterscheidung zwischen Krankheit und Pflichtverletzung ab. Darunter fällt die separate Zuständigkeit zweier unterschiedlicher betrieblicher Fachstellen für Krankheits- und Disziplinarfälle oder die separate Erfassung und Fallführung innerhalb derselben Fachstelle des Personalmanagements.

Gleichzeitig bringen Krankheitsabwesenheiten oder eine krankheitsbedingt eingeschränkte Leistungsfähigkeit aus unternehmerischer Sicht *Mehrkosten* mit sich. Denn eine ärztliche Krankschreibung ermöglicht, das vereinbarte Tauschverhältnis von Lohn gegen Arbeitsleistung für begrenzte Zeit auf legale Weise zu unterlaufen. Erkrankungen können zudem als *Problem für die längerfristige Personal- bzw. Produktionsplanung* betrachtet werden: Ein Aufwand zur Reintegration erscheint mithin nur dann als lohnend, wenn erwartbar ist, dass sich die Betroffenen wieder als voll leistungsfähige Mitglieder in den Betrieb einfügen können.

Diese unterschiedlichen Perspektiven auf Krankheit implizieren widersprüchliche Umgangsweisen mit erkrankten Beschäftigten, was zu Konflikten und Kritik führen kann. Ein *Kompromiss* stellt nach Boltanski und Thévenot neben der Realitätsprüfung eine weitere Art dar, kritische Momente zu bewältigen (Knoll 2015, S. 13–14). Dabei wird der Konflikt beigelegt, ohne dass man sich auf eine Definition und Bewertung der Realität nach einer einheitlichen Prüfung einigt (Thévenot 2001, S. 411). In den Unternehmen, deren Praktiken im Umgang mit psychisch erkrankten Beschäftigten in der vorliegenden Studie untersucht wurden, lässt sich folgender Kompromiss beobachten: Man bemüht sich zwar um die Wiedereingliederung gesundheitlich eingeschränkter Beschäftigter, aber nur, wenn es genügend plausibel erscheint, dass sie die Leistungsstandards ihrer Stelle in absehbarer Zeit wieder erreichen werden. Unabhängig davon steht für die Arbeitsintegration nur ein begrenzter Zeitrahmen zur Verfügung. Darüber hinaus unternehmen die Betriebe nur dann Bemühungen zur Wiedereingliederung,

wenn sich die Betroffenen gegenüber ihren Vorgesetzten, BGM- und Personalverantwortlichen kooperativ verhalten und ihre Erkrankung als legitim und plausibel erscheint (Nadai et al. 2019).

Die Bildung von Kompromissen ist nach der Soziologie der Konventionen ein „prinzipiell fragiles Unterfangen" (Knoll 2012, S. 71), da die Widersprüche zwischen den Konventionen latent bestehen bleiben und jederzeit zu einer Auseinandersetzung führen können. Kompromisse müssen deshalb aktiv aufrechterhalten werden. Eine wichtige Rolle für ihre Stabilisierung spielen Formate, indem sie durch die Etablierung von Regeln, Standards oder Kategoriensystemen einer bestimmten Art und Weise der Koordination Dauerhaftigkeit verleihen.

Die Praxis, erkrankte Mitarbeitende auch nach dem Auslaufen des Kündigungsschutzes weiter zu beschäftigen und beim Wiedereinstieg zu unterstützen, wird in vielen größeren und mittelgroßen Unternehmen der Schweiz durch die Zahlungen der Krankentaggeldversicherung oder eine betriebliche Sozialkostenstelle gefestigt (Nadai et al. 2019, S. 164–167). Diese Einrichtungen kommen in der Regel für maximal zwei Jahre für die Lohnkosten der gesundheitlich eingeschränkten Beschäftigten auf und entkräften in dieser Zeit Einwände, die mit Mehrkosten, und damit aus der Perspektive der Marktkonvention, argumentieren. Trotzdem ins Gewicht fallen können jedoch Einwände, die die Reintegration als eine Verschwendung von Ressourcen kritisieren, indem sie in Zweifel ziehen, dass die Betroffenen ihre volle Leistungsfähigkeit an ihrer Arbeitsstelle wiedererlangen werden. Wie viel Gewicht solche Einwände erhalten, hängt von der betrieblichen Arbeitsplatzstruktur ab und von den gängigen Praktiken, Arbeitsanforderungen an das Leistungsvermögen einzelner Beschäftigter anzupassen. Während der untersuchte *Industriebetrieb* über eine ganze Infrastruktur von so genannten Schonarbeitsplätzen mit „einfacheren" Anforderungen verfügt, gibt es in den Versicherungsunternehmen weniger Möglichkeiten dafür. Eine *dauerhafte* Anpassung von Anforderungen und Arbeitsaufgaben ist jedoch in keinem der drei Unternehmen gängig und wird durch die Formate der Arbeitsorganisation erschwert, wie zum Beispiel durch Produktionsabläufe, die von Maschinen vorgegeben sind, oder standardisierte Leistungsvorgaben, an denen das Management festhält.

Die Koordinationslogik der betrieblichen Reintegration erkrankter Beschäftigter ist in den untersuchten Unternehmen im BGM verankert, zu dessen Auftrag die Förderung der Rehabilitation und die Koordination des betrieblichen Wiedereinstiegs gehört. Voraussetzung dafür ist, dass die eingeschränkte Leistung der Betroffenen als unverschuldet wahrgenommen wird. Für die Einordnung eines eingeschränkten Arbeitsvermögens als Krankheit gibt es ein *gesetzliches* Format: ein ärztliches Attest schafft die rechtliche Grundlage dafür, die eingeschränkte

Leistungsfähigkeit auf eine Krankheit zurückzuführen. Für die betrieblichen Akteurinnen ist ein ärztliches Zeugnis allein jedoch nicht immer ausschlaggebend dafür, eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit als krankheitsbedingt und unverschuldet anzusehen. Für ihre Interpretation spielen eine Reihe anderer Kategorien eine Rolle.

Zu nennen ist zum einen die juristische Kategorie einer „arbeitsplatzbezogenen“ Arbeitsunfähigkeit (Pärli et al. 2015), also die Idee, dass die Beschäftigten nur an ihrem Arbeitsplatz arbeitsunfähig sind. Dies ist zwar im Arztzeugnis nicht so festgehalten. Die Idee einer arbeitsplatzbezogenen Arbeitsfähigkeit ist den betrieblichen Akteuren als Deutungsmuster jedoch geläufig und vermag die Interpretation zu stärken, dass insbesondere psychische Erkrankungen im Kontext eines Konflikts ein Vorwand sein können, sich der Arbeit zu entziehen. Zum anderen hat sich im Datenmaterial gezeigt, dass die Figur der „schwierigen Mitarbeiter“, also der Beschäftigten, die an unentdeckten psychischen Problemen leiden, wie sie im sozialpolitischen Diskurs in der Schweiz im letzten Jahrzehnt diskutiert wurde, auch von betrieblichen Akteurinnen als Interpretationsfolie herangezogen wird. Dies kann dazu führen, dass Leistungsprobleme oder Verhaltensauffälligkeiten auch dann mit gesundheitlichen Problemen in Verbindung gebracht werden, wenn kein ärztliches Attest vorliegt. In den beiden Versicherungsunternehmen gab es mehrere Beschäftigte, die ohne ärztliche Krankschreibung ans BGM verwiesen wurden. In einem Versicherungsunternehmen muss zudem bei disziplinarischen Vorwürfen oder Leistungsproblemen standardmäßig geprüft werden, ob nicht eine unentdeckte Krankheit im Hintergrund stehen könnte.

Die Definition einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit als krankheitsbedingt bzw. unverschuldet erfolgt somit in den untersuchten Unternehmen zu einem gewissen Grad unabhängig von ärztlichen Krankheitsdefinitionen. Für den Zugang zur betrieblichen Krankenrolle sind also nicht Ärztinnen, wie in der ursprünglichen Konzeption nach Parsons (1952, S. 436 f.), die direkten legitimierenden Agentinnen. Vielmehr wird der Zugang zu dieser Rolle in den Betrieben ausgehandelt. Die Zuordnung zur Kategorie Krankheit oder Disziplinarfall ist, wie auch interviewte BGM-Verantwortliche einräumen, teilweise willkürlich und hängt von der subjektiven Wahrnehmung der Vorgesetzten ab, die die Betroffenen dem BGM oder der Personalabteilung melden. Wenn aus ihrer Sicht die Deutung des Problems als Konflikt oder Pflichtverletzung dominiert, ist es für die involvierten BGM- oder Personalverantwortlichen schwierig, in der Bearbeitung des Falls das Thema Krankheit in den Vordergrund zu stellen. Liegt eine länger andauernde ärztliche Krankschreibung vor, vermag dies der Einordnung als Krankheit zwar Gewicht zu verleihen. Wenn sich aber der Eindruck verfestigt, der betroffene Beschäftigte kooperiere nicht richtig, kann es sein, dass

andere Personalmaßnahmen in Betracht gezogen werden, sobald die Krankschreibung aufgehoben ist, wie z. B. die Kündigung des Arbeitsverhältnisses oder die Durchführung eines Disziplinarverfahrens. Gerade Vorgesetzte tragen nach Ian Cunningham et al. (2004, S. 285) im Umgang mit erkrankten Beschäftigten oftmals mehrere Hüte, indem sie einerseits den Kranken Unterstützung anbieten, andererseits die Anwendung disziplinarischer Verfahren ins Auge fassen.

Mit der Umkategorisierung des Problems von der Krankheit zur selbstverschuldeten Form der Devianz wechseln die betrieblichen Akteurinnen zu einer Koordinationslogik der Sanktionierung oder erwägen eine sofortige Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Die Koordinationslogik der Sanktionierung ist institutionell im Format des Disziplinarverfahrens verankert. Das Disziplinarverfahren wird durch das Personalmanagement festgelegt und umgesetzt. Es beruht darauf, Leistungs- und Verhaltensauflagen, sowie Konsequenzen im Falle ihrer Nichterfüllung schriftlich festzulegen und von den betroffenen Beschäftigten unterschreiben zu lassen. Falls es in letzter Konsequenz zu einer Entlassung kommt, trägt das Verfahren zur Herstellung „legitimer" Personalentscheidungen bei, indem es sich als institutionalisierte Prüfung mit klar definiertem Gegenstand und transparenten Bewertungskriterien präsentiert (Bourguignon und Chiapello 2005, S. 669). Eine Eigenheit institutionalisierter Prüfungen liegt nach Annick Bourguignon und Eve Chiapello darin, dass sie dem sozialen System, das sie instituiert, Legitimität verleihen. In Bezug auf das Disziplinarverfahren lässt sich argumentieren, dass es insbesondere ein Format zur Gewährleistung legitim scheinender Entlassungen darstellt. Diese Art der Legitimität beruht nicht darauf, dass tatsächlich bestimmte moralische Werte berücksichtigt wurden. Sie liegt vielmehr darin, dass ein geregeltes Verfahren stattgefunden hat und den Beschäftigten die Chance gegeben wurde, sich an transparent kommunizierten Anforderungen zu orientieren.

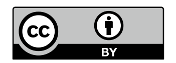
Das BGM ist jedoch, wie in Abschn. 9.2 argumentiert wurde, nicht nur durch die Koordinationslogik der Reintegration kranker Beschäftigter geprägt, sondern stellt selbst schon eine Kompromissform dar, die verschiedene Koordinationslogiken miteinander verwebt (Suckert 2015, S. 203), also auch finanzielle Aspekte von Krankheitsabwesenheiten und Wiedereingliederungsmaßnahmen, sowie deren Konsequenzen für eine effiziente Planung der Produktion berücksichtigt (Gonon 2022). Wie in Abschn. 9.1 ausgeführt wurde, kommt BGM-Verantwortlichen zuweilen auch die Aufgabe zu, Mitarbeitende im Sinne eines „Cooling-outs" mit der Perspektive ihrer Entlassung zu versöhnen und dadurch zur Umsetzung gesichtswahrender Formen der Kündigung beizutragen. Zudem kann ihre Rolle

darin bestehen, Wut- und Widerstandsreaktionen nach Reorganisationen aufzufangen oder Mitarbeitende durch das Setzen von Leistungszielen wieder an das Erfüllen der Leistungsvorgaben heranzuführen.

Die Berücksichtigung und Priorisierung von gesundheitlichen Problemen erfolgt damit in den untersuchten Unternehmen *selektiv* und *zeitlich begrenzt*. Die Vorgesetzten und BGM-Verantwortlichen berücksichtigen Krankheit in dem Ausmaß, wie die Betroffenen sich ihnen gegenüber kooperativ verhalten und nicht in einem offensichtlichen Konflikt mit ihnen oder dem Management stehen. Über die Hervorbringung „sozialer" Qualitäten des Personalmanagements leisten sowohl das BGM als auch das Disziplinarverfahren einen Beitrag zur Selbstlegitimation des Unternehmens, indem sie es gegenüber der Kritik, auf Erkrankungen von Beschäftigten keine Rücksicht zu nehmen, oder dem Vorwurf, dass bei Leistungsproblemen oder Konflikten leichtfertig gekündigt werde, weniger angreifbar machen.

Die konventionentheoretische Perspektive erlaubt es, die betriebliche Arbeitsintegration als eingebettet in betriebswirtschaftliche Rationalitäten und Institutionen zu analysieren. Daran wird deutlich, dass Initiativen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Arbeitsintegration, wie sie am Beispiel des in der Schweiz verbreiteten Modells des BGM analysiert wurden, durch vielfältige Koordinationslogiken geprägt sind. Betriebliche Gesundheitspolitik ist insofern nicht als „entkoppelt" von Leistungspolitik zu beschreiben (Kratzer und Dunkel 2011), sondern spielt ihrerseits eine Rolle für die Formatierung der „produktiven" Kapazitäten der Belegschaft (Dodier 2017, S. 122). Umgekehrt beruht die betriebliche Gesundheitspolitik aber nicht auf reinen Kosten-Nutzen-Kalkülen, wie es von der kritischen Forschung zur Gesundheitsförderung zum Teil nahegelegt wird (Foster 2017; Dale und Burell 2014; Maravelias 2016). So trägt das BGM in den untersuchten Unternehmen dazu bei, eine Koordinationslogik der Reintegration zu verankern, indem gesundheitliche Probleme von Beschäftigten systematisch berücksichtigt werden. Diese Koordinationslogik kommt, wie argumentiert wurde, jedoch nur zeitlich begrenzt und selektiv zum Zuge, indem sie vom kooperativen Verhalten der Betroffenen abhängig gemacht wird. Gleichzeitig spielen Kosten-Nutzen-Abwägungen und die Planung produktiver Kapazitäten auch im BGM durchaus eine Rolle.

Eine Stärke des theoretischen Rahmens der EC liegt darin zu zeigen, dass Arbeitsintegration aus betrieblicher Perspektive nicht lediglich ein Organisationsproblem darstellt, das sich durch eine verbesserte Koordination von Abläufen beheben ließe. Die Arbeitsplätze von gesundheitlich eingeschränkten Beschäftigten zu erhalten, ist in anderen Worten kein absolutes Ziel des BGM, sondern eines, das es im Rahmen eines Kompromisses mit anderen Zielen zu vereinbaren gilt.


BY



12 Schlussfolgerungen

Die Studie nahm ihren Ausgangspunkt in der öffentlichen und sozialpolitischen Diskussion um psychische Erkrankungen als Grund für den Ausschluss aus dem Arbeitsmarkt. Die Zunahme psychisch bedingter Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit verlief parallel zur aktivierungspolitischen Wende der Sozialpolitik (Streckeisen 2012), mit welcher der Akzent von finanziellen Transferleistungen auf die Integration in den ersten Arbeitsmarkt verschoben wurde. Die Arbeitsplätze psychisch Erkrankter zu erhalten, wurde damit zu einem dringlichen sozialpolitischen Anliegen. Gleichzeitig gerieten Unternehmen als Kontexte und Akteure der Arbeitsintegration stärker in den Fokus der Sozialpolitik. Die Studie beschäftigt sich mit dem Thema der betrieblichen Wiedereingliederung und greift die pauschale Kategorie der „psychischen Erkrankungen" auf, ohne damit unterstellen zu wollen, dass es zwischen verschiedenen „psychischen" Diagnosen keine Unterschiede gäbe. Vielmehr soll die soziologische Bedeutung der Kategorie der psychischen Erkrankungen im Kontext der Arbeitsintegration in den Blick kommen.

Zu Beginn der Ausführungen steht die Feststellung, dass die sozialwissenschaftliche Forschung zur betrieblichen Arbeitsintegration verschiedene relevante Aspekte des Themas vernachlässigt. Zum einen wird zu wenig berücksichtigt, dass Arbeitsintegration in Unternehmen als soziale Interdependenzgeflechte stattfindet, deren Dynamiken einen Einfluss auf den Verlauf und letztlich auf den Erfolg der Wiedereingliederung haben. Um dies zu berücksichtigen, bedarf es einer Perspektive, in der die Bedeutung alltäglicher Interaktionen und Aushandlungen sichtbar und erfassbar wird. Zum anderen ist die Tatsache, dass Wiedereingliederung in Unternehmen nicht als isoliertes Problem angegangen wird, sondern wesentlich durch die allgemeinen betrieblichen Rationalitäten der Personalplanung, Arbeitszuteilung und Leistungssteuerung geprägt ist, in der Forschung wenig beleuchtet. Zudem wird die Bedeutung unterschiedlicher

A. Gonon, *Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit*, Soziologie der Konventionen,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41117-6_12

Arbeitsbedingungen für die Möglichkeiten zur Integration von gesundheitlich eingeschränkten Arbeitskräften nur selten untersucht.

Mit der Soziologie der Konventionen verwende ich in der vorliegenden Studie einen Ansatz, der durch die Prämisse einer Pluralität ökonomischer Rationalitäten in der Lage ist, die Vielfalt betrieblicher Deutungsmuster und Koordinationslogiken, wie auch die Bedeutung von Formen der Arbeitsorganisation in Wiedereingliederungsprozessen sichtbar zu machen. Die Studie fragt zum einen nach den praktischen Koordinationslogiken im Umgang mit psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit von Beschäftigten in Unternehmen und zum anderen nach den Logiken der Beurteilung und Begründung von Möglichkeiten der Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung sowie den zugrundeliegenden Deutungsprozessen. Zudem beschäftigt sie sich mit der Frage, wie sich Bedingungen einer Arbeitsstelle und der Arbeitsorganisation auf die Deutung und Koordination in Wiedereingliederungsprozessen auswirken. Die Ergebnisse der Studie tragen zu einem besseren Verständnis der Herausforderungen bei, die sich bei der Arbeitsintegration von Mitarbeitenden mit psychischen Erkrankungen stellen. Es handelt sich dabei um Herausforderungen, die im besonderen Maß bei unsichtbaren und tabuisierten Erkrankungen zutreffen, die aber vermutlich auch bei anderen Typen gesundheitlicher Einschränkungen auftreten können. Die Studie zeigt außerdem auf, wie diese Herausforderungen mit aktuellen Entwicklungen der Arbeitswelt zusammenhängen. Darüber hinaus beleuchtet die Studie die ambivalente Rolle von Personalmanagementsystemen wie dem betrieblichen Gesundheitsmanagement für die Arbeitsintegration in Unternehmen. Im Folgenden fasse ich die Ergebnisse der Studie als Schlussfolgerungen zusammen, gehe auf Einschränkungen ihrer Verallgemeinerbarkeit ein und setze sie zu ausgewählten arbeitsmarktpolitischen Empfehlungen und *Best Practices* der Arbeitsintegration in Bezug. Zuletzt komme ich auf die Frage zurück, auf welche Art und Weise eine „soziale Verantwortung" des Unternehmens gegenüber der Belegschaft in der untersuchten Variante betrieblicher Sozialpolitik zum Tragen kommt.

Im Datenmaterial bestätigt sich der in der Forschung zur Situation psychisch erkrankter Mitarbeitender bereits bekannte Befund, dass die Offenlegung einer psychischen Diagnose am Arbeitsplatz ein voraussetzungsvoller, komplexer sozialer Prozess ist. Die Deutung eines psychisch eingeschränkten Arbeitsvermögens beginnt mit verschiedenen Stufen der Wahrnehmung und Problematisierung. Am Anfang stehen Erfahrungen der Betroffenen, die sie nicht immer klar einordnen können. Einige nehmen vor allem negativ besetzte Emotionen, Affekte oder körperliche Symptome wahr. Diese veranlassen sie – oder Personen aus ihrem Umfeld – dazu, medizinische Hilfe zu suchen. Die ärztliche Abklärung stellt

eine zweite Stufe der Problematisierung dar. Sich aufgrund psychischer Probleme krankschreiben lassen, ist für die Betroffenen mit dem Dilemma verbunden, dass die Krankschreibung einerseits eine Entlastung vom Arbeitsdruck bringt, andererseits aber mit einem Stigma behaftet ist. Obwohl die meisten psychischen Erkrankungen äußerlich nicht wahrnehmbar sind und die Betroffenen, mit Goffman (2012[1967]) gesprochen, zur Gruppe der Diskreditierbaren gehören, besteht für Krankgeschriebene ein geringer Spielraum zu Informationskontrolle. Zwar gibt es keine gesetzliche Verpflichtung, die Diagnose dem Arbeitgeber mitzuteilen. Dennoch bestehen Zugzwänge der Offenlegung. Vor allem bei einer längeren Krankschreibung fühlen sich die Betroffenen zumindest gegenüber ihren Vorgesetzten rechenschaftspflichtig, weil der Ausfall für diese mit Mehraufwand verbunden ist. Beschäftigte lassen sich deshalb erst dann krankschreiben, wenn die Symptome so stark werden, dass sich das Krankheitsmanagement nicht mehr mit der Erledigung der Erwerbsarbeit vereinbaren lässt. Letzteres hängt auch mit den Arbeitsbedingungen zusammen. So kann beispielsweise eine Krankschreibung aus der Sicht von Betroffenen erst in einer besonders arbeitsintensiven Phase notwendig werden.

Weniger thematisiert wurde in der Forschung, dass eine Zuschreibung psychischer Probleme in Unternehmen auch ohne ärztliche Diagnose bzw. Krankschreibung erfolgen kann. Dies kam in der vorliegenden Studie in den beiden Versicherungsunternehmen vor. Es ist zu vermuten, dass solche Zuschreibungen im Zusammenhang mit gesellschaftlichen und betriebsspezifischen Diskursen über psychische Erkrankungen erfolgen, z. B. Diskursen über Burnout und Erschöpfung sowie über die Figur der „schwierigen Mitarbeiter“, die an einer unentdeckten psychischen Erkrankung leiden könnten (Baer et al. 2011). Darüber hinaus spielt die breite Zuständigkeitsdefinition des BGM in diesen Unternehmen eine Rolle dafür, dass es zu solchen Zuschreibungen und damit verbundenen Interventionen kommt. Im Datenmaterial zeigt sich deutlich, dass die Zuerkennung und Aberkennung des Status als psychisch Kranke im Betrieb nicht direkt an ein ärztliches Attest und somit eine ärztliche Krankheitsdefinition gekoppelt sein muss. Neben einer Medikalisierung durch medizinische Laien (Spandler und Anderson 2015) kann es im Rahmen eines Konflikts auch zur Aberkennung des Krankheitsstatus kommen. Das eingeschränkte Leistungsvermögen wird in so einem Fall nicht mehr der Krankheit, sondern dem Selbstverschulden der Betroffenen zugeschrieben, was nach dem Auslaufen der in der Schweiz nur sehr kurzen gesetzlichen Schutzfristen für Krankgeschriebene den Übergang zu einem Disziplinarverfahren oder einer Kündigung ermöglicht. Die Studie zeigt also, dass der *Zugang zur Krankenrolle innerhalb des Betriebs durch eine ärztliche*

Krankschreibung nicht garantiert ist, sondern durch die Akteurinnen ausgehandelt wird.

Dazu, wie betriebliche Deutungsprozesse *nach* der Offenlegung einer psychischen Erkrankung am Arbeitsplatz verlaufen, gibt es bisher wenig Forschung. Krankheit hat in den untersuchten Betrieben eine gewissermaßen paradoxe Bedeutung. Durch die Sensibilisierung von Vorgesetzten, die Vermittlung von Psychotherapieplätzen und das Sicherstellen medizinischer Versorgung soll auf der einen Seite die Aufdeckung, Thematisierung und Behandlung psychischer Krankheitssymptome von Beschäftigten forciert werden. Dies entspricht der sozialpolitischen Forderung nach einer frühen Intervention am Arbeitsplatz zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit sowie der Arbeitsstelle der Betroffenen (OECD 2012). Auf der anderen Seite sind die betrieblichen Akteure jedoch auch bestrebt, Krankheitsabwesenheiten bei den Beschäftigten zu reduzieren, indem sie eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit bezüglich ihrer Dauer und ihres Umfangs in Frage stellen und auf die Ausstellung von Teilarbeitsfähigkeitszeugnissen pochen.

Eine zentrale These der Studie besteht darin, dass ein eingeschränktes Arbeitsvermögen und daran anschließende Aktivitäten der beruflichen Reintegration im Betrieb *Kritik und Rechtfertigungsbedarf erzeugen* und dass die Akteurinnen der Wiedereingliederung deshalb *Rechtfertigungsarbeit leisten müssen.* Ein eingeschränktes Arbeitsvermögen kann auch dann einer Plausibilisierung bedürfen, wenn eine ärztliche Krankschreibung vorliegt, und zwar insbesondere, wenn – wie bei vielen psychischen Erkrankungen – keine äußerlichen Symptome sichtbar sind. Um die Rückkehr der Betroffenen an ihren Arbeitsplatz zu erleichtern, muss die Legitimität des Leistungsausfalls etabliert werden. Neben den Betroffenen selbst spielen hier vor allem BGM-Verantwortliche eine Rolle, die mit den Erkrankten noch während deren Abwesenheit Kontakt aufnehmen und in einen intensiven Austausch mit ihnen treten (Voswinkel 2017b). Wie die Studie zeigt, generieren sie dabei ein vertieftes Wissen über die Betroffenen und deren Situation, das sich auf die Beurteilung der Frage auswirkt, inwiefern sie der Arbeit aus legitimen Gründen fernbleiben. Von den Betroffenen werden die frühzeitigen Kontaktanfragen aber als ambivalent erlebt und mitunter als Kontrolle empfunden. Als weiterer Aspekt der zu leistenden Rechtfertigungsarbeit ist die Entwicklung einer Erklärung, wie es zur Erkrankung kam, zu nennen. Solche Erklärungen werden in den untersuchten Unternehmen ebenfalls von den BGM-Verantwortlichen mitangeregt. In der Aushandlung von Perspektiven der Wiedereingliederung dienen sie als Entscheidungsgrundlage. Erklärungen sind oftmals mit Rechtfertigungsmustern verwoben, die beispielsweise die weiter zu erwartende Leistungsfähigkeit der Betroffenen plausibel erscheinen lassen.

Als weitere Erkenntnis der Studie ist die Beobachtung hervorzuheben, dass der Rechtfertigungsbedarf von Eingliederungsaktivitäten, ebenso wie die Argumentations- und Begründungsmuster der Rechtfertigungsarbeit *mit Merkmalen der Arbeitsorganisation zusammenhängen.* Im Anschluss an die Disability Studies nehme ich die Formen der Arbeitsorganisation nicht als *ursächliche Faktoren* für psychische Erkrankungen in den Blick, wie es in der Arbeitspsychologie und -soziologie üblich ist (Siegrist 1996; Tausig und Fenwick 2011; Voss und Weiß 2013; Haubl et al. 2013), sondern als *Bedingungsfaktoren,* die sich auf das Inklusionspotential der Erwerbsarbeit auswirken (Baumberg 2014). Rechtfertigungsbedürftig sind Maßnahmen der betrieblichen Arbeitsintegration vor allem in Arbeitsbereichen mit ausgeprägtem Zeit- und Leistungsdruck, zum Beispiel im Kontext ergebnisorientierter Steuerung, bei Leistungszielen auf Teamebene oder bei personellen Unterkapazitäten. Maßnahmen der betrieblichen Arbeitsintegration bringen meist mit sich, dass die Arbeitskraft der Betroffenen nur eingeschränkt zur Verfügung steht. Werden die Zielvorgaben nicht an die verfügbaren Arbeitskräfte angepasst, gefährden die Eingliederungsmaßnahmen die Zielerreichung, was beim Management oder bei Kollegen Kritik hervorrufen kann. Ein weiteres Merkmal, das den Rechtfertigungsbedarf von Eingliederungsmaßnahmen steigert, ist der Abbau von Personal, was einem Merkmal der *lean organisation* entspricht. Wenn das Personal knapp ist, sinkt die Toleranz der Kolleginnen für das eingeschränkte Arbeitsvermögen einzelner Teammitglieder.

Arbeitsbedingungen haben darüber hinaus einen Einfluss darauf, nach welchen Prinzipien ein eingeschränktes Arbeitsvermögen und Maßnahmen zur Reintegration gerechtfertigt werden müssen. Je ausgeprägter der Leistungsdruck in einer Abteilung ist, desto eher kommt bei einer psychischen Erkrankung der Verdacht auf, dass die Erkrankung arbeitsbedingt ist und der Betroffene folglich für den Job ungeeignet ist. Beschäftigte, die in einer solchen Situation ihre Arbeitsstelle behalten möchten, stehen unter dem Druck, ihre grundsätzliche Leistungsfähigkeit in ihrem Job zu plausibilisieren. Dies kann dazu führen, dass sie „private“ Ursachen ihrer Krankheit in den Vordergrund stellen. Anpassungen von Arbeitsbedingungen, Arbeitsaufgaben oder andere Eingliederungsmaßnahmen werden so eher für unnötig befunden, selbst wenn sie organisatorisch möglich wären. In den Worten Voswinkels (2017a, S. 88) erweisen sich somit die Individualisierung der Erkrankung und Normalisierung der Arbeitsbedingungen als zwei Seiten derselben Medaille. Diese Beobachtung ist von besonderem Interesse im Kontext des einschlägigen Befundes der Forschung, dass es in der Eingliederung psychisch Erkrankter selten zur Anpassung von Arbeitsaufgaben kommt (McDowell und Fossey 2014; Voswinkel 2017c). Das Verzichten auf Arbeitsplatzanpassungen

erweist sich so als eine aus der Perspektive der Betroffenen durchaus rationale Strategie, die Legitimität ihres Wiedereinstiegs sicherzustellen.

Es zeigt sich als weiteres Ergebnis der Studie, dass sich aus dem Druck, die Legitimität des eingeschränkten Arbeitsvermögens zu plausibilisieren sowie sich als kooperativ und weiterhin leistungsbereit zu präsentieren, *Handlungsanforderungen an die Betroffenen* ergeben, die im Hinblick auf ihre Rehabilitation als *dysfunktional* zu bewerten sind. Das Erfordernis, sich als kooperativ zu geben, kann dazu führen, dass sich Betroffene auf die frühen Kontaktanfragen des BGM einlassen, obwohl sie sich davon überfordert fühlen. Als besonders problematisch einzustufen ist zudem die Anforderung, sich als weiterhin leistungsfähig zu präsentieren, weil sie Anreize setzt, möglichst früh wieder in die Arbeit einzusteigen, vermeintlich „private" Ursachen der Erkrankung zu betonen und auf unterstützende Maßnahmen am Arbeitsplatz zu verzichten.

Über das Betonen „privater" Ursachen der Erkrankung wird der Betrieb von der Verantwortung für eine gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen entlastet. Es handelt sich um eine – im Hinblick auf das Ziel der beruflichen Rehabilitation – paradoxe Logik: Auf eine gesundheitsgerechtere Gestaltung von Arbeitsbedingungen wird gerade da verzichtet, wo es aufgrund der belastenden Arbeitsbedingungen eigentlich am dringendsten nötig wäre. Die Neigung, „private" Krankheitsursachen in den Vordergrund zu stellen, ist nicht nur bei Betroffenen, sondern auch bei Vorgesetzten und BGM-Verantwortlichen zu beobachten, die sich für die Wiedereingliederung von psychisch erkrankten Beschäftigten einsetzen. Paradox scheint dies auch in Bezug auf den Befund, dass die untersuchten Unternehmen über die BGM-Begleitung die Grenzen zur traditionellen Privatsphäre der Beschäftigten überschreiten. Dies zeigt sich in persönlichen Besuchen der erkrankten Beschäftigten in der Klinik oder zu Hause, wie auch im Einfordern von Vollmachten, die dazu berechtigen, bei den behandelnden Ärzten Informationen über den Gesundheitszustand der Beschäftigten einzuholen. Während also einerseits die Behandlung der Krankheit keineswegs als Privatangelegenheit der Beschäftigten betrachtet wird, werden andererseits *die Krankheitsursachen privatisiert*. Auch dies verweist darauf, dass Krankheiten aus betrieblicher Sicht Kostenfaktoren und Produktivitätshemmnisse darstellen, die es zu kontrollieren gilt, während umgekehrt die Bereitschaft der Unternehmen, arbeitsbedingte gesundheitliche Belastungen zu thematisieren und zu verringern, gering ausgeprägt ist.

An den Ergebnissen der Studie wird ersichtlich, dass es nicht ausreichen kann, die sich stellenden Rechtfertigungsprobleme im Zuge der Eingliederungsarbeit systematischer anzugehen, um ein besseres Gelingen der Arbeitsintegration

psychisch erkrankter Beschäftigter zu ermöglichen, wie es beispielsweise Windscheid (2019a) vorschlägt. Erforderlich wären stattdessen *strukturelle Veränderungen, die den Rechtfertigungsdruck von Eingliederungsmaßnahmen abschwächen* und dazu führen, dass diese stärker als selbstverständliches Anrecht erkrankter Beschäftigter angesehen würden. Dies könnte durch Veränderungen der Arbeitsorganisation geschehen, wie z. B. Forminvestitionen zur Organisation von Krankheitsabwesenheiten, etwa durch die Bereitstellung von Ressourcen und das Entwickeln von Lösungen zur personellen Abfederung von Krankheitsausfällen. Dies würde den Druck auf Erkrankte verringern, möglichst rasch an ihre Arbeitsstelle zurückzukehren, um den Kolleginnen nicht länger zur Last zu fallen.

Die Tatsache, dass ein eingeschränktes Arbeitsvermögen und betriebliche Maßnahmen der Arbeitsintegration überhaupt einem Rechtfertigungsimperativ unterliegen, zeugt von einer Betriebskultur, die auf eingeschränkte Leistungsfähigkeit nicht eingestellt ist oder die, wie es Kocyba und Voswinkel (2007) ausdrücken, durch eine Kultur der „Krankheitsverleugnung" geprägt ist. Die Definition, was als angemessene Leistung und was als Abweichung von derselben gilt, erfolgt in den Unternehmen primär durch das Management und die Linienvorgesetzten. Die Belegschaft, die die Vorgaben interpretiert und umsetzt, verfügt diesbezüglich über einen viel eingeschränkteren Spielraum. Grundsätzlich fehlen in den untersuchten Unternehmen darüber hinaus Kritikroutinen (Graefe 2015), die es erlauben würden, eine gesundheitsgerechtere und inklusivere Gestaltung von Arbeitsplätzen und Arbeitsabläufen einzufordern.

Die in der Literatur festgestellte Verringerung des Inklusionspotentials der Arbeitswelt durch post-taylorfordistische Formen der Arbeitsorganisation (Foster und Wass 2013) ist für die untersuchten Unternehmen zu relativieren. Im Datenmaterial zeigt sich, dass *„post-fordistische" bzw. „post-tayloristische" Formen der Arbeitsorganisation,* wie die Flexibilisierung von Arbeitszeiten und -orten, Selbstorganisation, indirekte Steuerung und Standardisierung von Aufgabenprofilen sowie Intensivierung der Leistungs- und Kostenkontrolle *ambivalente und widersprüchliche Auswirkungen auf Möglichkeiten haben, trotz psychisch bedingter Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein.* Die Flexibilisierung von Arbeitszeiten und -orten wie auch das Prinzip der Selbstorganisation ermöglichen es den Erwerbstätigen, Arbeitsrhythmen autonomer zu gestalten. Dadurch eröffnen sie mehr Spielräume für das Management von Krankheitssymptomen und Arbeitsbelastungen. Umgekehrt kann die Aufhebung klarer Arbeitszeiten dazu führen, dass die Abgrenzung der Erwerbsarbeit von anderen Lebensbereichen schwerer fällt. Insofern erfordern flexible Arbeitszeitmodelle stärkere Abgrenzungsleistungen von den Beschäftigten, die gerade für psychisch Erkrankte zu einer zusätzlichen Belastung werden können. Indirekte Steuerung,

also die Vorgabe fixer Leistungsziele, wirkt sich dagegen negativ auf die Möglichkeiten des Krankheits- und Belastungsmanagements aus, weil sich Schwankungen im Arbeitsvermögen direkt im Verfehlen von Zielen niederschlagen können. Zudem nützt ein stufenweiser Wiedereinstieg, die gängigste Wiedereingliederungsmaßnahme bei psychisch Erkrankten, unter dieser Bedingung kaum etwas, wenn nicht zugleich Zielvorgaben an das reduzierte Arbeitspensum angepasst werden können.

Psychische Erkrankungen, von denen bekannt ist, dass sie oft nicht diagnostiziert oder am Arbeitsplatz nicht offengelegt werden, stellen für die untersuchten Betriebe eine spezielle Herausforderung dar. Einer kranken Mitarbeiterin zu kündigen oder ihr disziplinarische Maßnahmen aufzuerlegen, wird in den Unternehmen von verschiedenen Seiten als unmoralisch kritisiert: durch BGM- und Personalverantwortliche, aber auch durch Betroffene oder deren Umfeld. Das BGM lässt sich als Forminvestition analysieren, die die Berücksichtigung potenzieller gesundheitlicher Ursachen institutionell verankert, etwa indem BGM-Verantwortliche auch in Disziplinarverfahren einbezogen werden und die Interpretationsfolie der „verdeckten Krankheit" in Personalentscheidungen einbringen. Dies vermag für begrenzte Zeit eine *Koordinationslogik der Arbeitgeberverantwortung zu aktivieren.* Die Studie zeigt aber, dass auch *das BGM in betriebliche Kosten- und Effizienzkalküle eingespannt ist.* Während man sich einerseits gegen den Vorwurf eines unfairen, unmoralischen Vorgehens verwahren will, sollen andererseits die durch Krankheit verursachten Kosten und Störungen der betrieblichen Abläufe möglichst reduziert werden. Dies führt zu einer zeitlich begrenzten und selektiven Berücksichtigung von Gesundheitsproblemen. *Selektiv* ist die Berücksichtigung von Gesundheitsproblemen insofern, als die Bereitschaft zur Durchführung von Eingliederungsaktivitäten wesentlich vom kooperativen Verhalten der Betroffenen abhängt. Wenn die Betroffenen den Arbeitgeber kritisieren oder nicht bereit sind, sich Leistungs- und Verhaltenserwartungen anzupassen, werden sie unter dem Vorzeichen eines „Disziplinarfalls" behandelt oder es wird nach einer Möglichkeit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses gesucht – ungeachtet gleichzeitig oder bis vor Kurzem bestehender Gesundheitsprobleme.

Zwar versuchen BGM-Verantwortliche in gewissen Fällen, Vorgesetzte davon zu überzeugen, eine Mitarbeiterin primär als Krankheitsfall zu behandeln und tragen damit zu deren moralischer Responsibilisierung bei. Der *Spielraum des BGM ist jedoch strukturell begrenzt* durch die Tatsache, dass die formale Entscheidungsmacht über die weitere Beschäftigung bei den Vorgesetzten liegt. Wenn sich Vorgesetzte nicht von den BGM-Verantwortlichen überzeugen lassen, hat es aus deren Sicht keinen Sinn, auf einer Reintegration zu beharren.

Es zeigt sich also eine Spannung zwischen dem Anspruch des BGM, in jedem Fall eine Weiterbeschäftigung anzustreben und der strukturellen Abhängigkeit von den Wünschen der Vorgesetzten. Sind diese nicht zu einer Wiedereingliederung bereit, beschränkt sich die Rolle der BGM-Verantwortlichen darauf, zu einer reibungslosen Umsetzung der getroffenen Personalentscheidung beizutragen.

Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit spielen im BGM und damit im betrieblichen Management von Krankheit in den untersuchten Unternehmen eine untergeordnete Rolle. Dies bestätigt die Beobachtung von Voswinkel (2017c, S. 275), der zufolge Veränderungen der Arbeitsbedingungen nicht Ziel des betrieblichen Eingliederungsmanagements sind. Effektive gesundheitliche Probleme von Beschäftigten werden nicht als unmittelbarer Anlass für eine Überprüfung der Gesundheitsverträglichkeit von Arbeitsbedingungen genommen. Im Datenmaterial wurden Gesundheitsschutz und betriebliche Wiedereingliederung nur selten als ein selbstverständliches, im Arbeitnehmerstatus verankertes Anrecht thematisiert. Dies lässt sich damit erklären, dass der gesetzliche Gesundheitsschutz in der Schweiz nur schwach ist und im Falle der betrieblichen Wiedereingliederung eine gesetzliche Grundlage gänzlich fehlt. Interessant wäre hier ein internationaler Vergleich, also inwiefern dies in Ländern anders ist, in denen es gesetzliche Vorgaben zur Durchführung von betrieblichen Eingliederungsmaßnahmen gibt.

Die dargestellten Ergebnisse basieren auf einem Sample von drei Großunternehmen aus zwei unterschiedlichen Branchen in der Schweiz. Damit sind Einschränkungen bezüglich ihrer Verallgemeinerbarkeit verbunden. Erstens wäre es interessant, andere Branchen in die Betrachtung miteinzubeziehen und zu prüfen, inwiefern Wiedereingliederungsprozesse hier durch abweichende Deutungsmuster und Koordinationsmodelle geprägt sind. In den beiden Versicherungsunternehmen konnte allerdings bereits eine große Bandbreite an Tätigkeiten, die durch unterschiedliche Formen der Arbeitsorganisation geprägt sind, einbezogen werden. Zweitens wäre es lohnend, die Untersuchung auf kleine und mittelgroße Unternehmen auszuweiten. Da diese Unternehmen seltener über ein internes Gesundheitsmanagement verfügen und bezüglich Fragen der Wiedereingliederung eher auf externe Case Manager oder die Invalidenversicherung zurückgreifen (Nadai et al. 2019; Hassler 2021), sind hier möglicherweise Unterschiede bezüglich Koordinationsmodellen und Rechtfertigungsmustern in der Wiedereingliederung zu erwarten. Drittens wäre es, wie bereits angedeutet, interessant, andere nationalstaatliche Kontexte in den Vergleich einzubeziehen, die im Gegensatz zur Schweiz über gesetzliche Vorgaben zur Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen, eine gesetzlich vorgeschriebene Quote der Beschäftigung von Menschen

mit Behinderungen oder eine Verpflichtung verfügen, Arbeitsplätze und -aufgaben an gesundheitliche Einschränkungen von Beschäftigten anzupassen.

Alle der drei ausgewählten Unternehmen sind außerdem um ihre Reputation als sozial verantwortliche Arbeitgeberinnen bemüht. Es ist daher fraglich, ob auch in Unternehmen ohne diesen Anspruch vergleichbare Bemühungen zur Wiedereingliederung stattfinden. Zumindest entsprechen die betrieblichen Gesundheitsmanagements der drei Unternehmen den heute in der Schweiz verbreiteten und als professionell angesehenen Eingliederungsstrukturen. Sie können insofern als „repräsentativ" gelten für Großunternehmen in der Schweiz, die das Ziel der beruflichen Reintegration gesundheitlich eingeschränkter Mitarbeitender ernsthaft angehen und in den Aufbau entsprechender Prozesse investieren. Dass die betriebliche Arbeitsintegration auch unter diesen gewissermaßen „idealen" Bedingungen durch viele Probleme und Hindernisse geprägt ist, stellt ein Erkenntnisgewinn der Studie dar.

Eine weitere Einschränkung ergibt sich aus dem Feldzugang über das betriebliche Gesundheitsmanagement. Es ist zu vermuten, dass dadurch hauptsächlich Fälle von Betroffenen ins Sample gelangten, deren Wiedereingliederungsverläufe von den BGM-Verantwortlichen als positiv beurteilt wurden und deren Beziehung zum BGM genügend tragfähig war. Nichtsdestotrotz sind im Sample ein paar Fälle vertreten, in denen es zu einem Konflikt zwischen den Betroffenen und ihren Vorgesetzten kam und auch ein paar wenige Fälle, in denen das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde. Es ist zu vermuten, dass solche Verläufe eigentlich häufiger vorkommen als sie im Sample vertreten sind. Zudem stellt die Untervertretung der subjektiven Perspektive weiblicher Betroffener eine Einschränkung der Studie dar (vgl. Abschn. 4.4.2). So wäre es denkbar, dass Frauen ein durch psychische Gesundheitsprobleme eingeschränktes Arbeitsvermögen auf andere Weise als Infragestellung der eigenen Identität wahrnehmen als Männer und daher auf andere Strategien der Rechtfertigung zurückgreifen. Dies ließ sich anhand des kleinen Samples in der Studie nicht überprüfen.

Abschließend möchte ich ausgewählte Ergebnisse zur sozialpolitischen Diskussion und zu verbreiteten Annahmen über *Best Practices* der betrieblichen Arbeitsintegration in Bezug setzen. Eine Folgerung, die sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie ergibt, lautet, dass die Instrumente der beruflichen Rehabilitation stärker an die Arbeitsrealitäten der Betroffenen angepasst werden müssten. Im Zusammenhang mit einer hohen Arbeitsintensität in gewissen Tätigkeiten ist insbesondere die Annahme zu kritisieren, dass von der Erwerbsarbeit per se eine rehabilitative Wirkung auf die Betroffenen ausgeht. Weil die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer psychischen Erkrankung statistisch gesehen mit der Dauer der Abwesenheit abnimmt, wird im

sozialpolitischen Diskurs pauschal davon ausgegangen, dass eine frühe Rückkehr an den Arbeitsplatz sich positiv auf die Chancen des Arbeitsplatzerhalts auswirkt (OECD 2012, S. 166). Dabei wird ausgeblendet, dass ein früher Wiedereinstieg auch bedeuten kann, sich zu einem frühen Zeitpunkt den unverändert gebliebenen, belastenden Arbeitsbedingungen und hohen Leistungserwartungen auszusetzen – im schlechtesten Fall zu einem Zeitpunkt, zu dem sich der Gesundheitszustand noch nicht stabilisiert hat (Seing et al. 2015; Gonon 2019).

Fragwürdig ist in diesem Zusammenhang die verbreitete Praxis, unabhängig von der Tätigkeit der Betroffenen den Wiedereinstieg über ein langsam zu steigerndes Teilzeitpensum zu gestalten. Ein solches therapeutisches Teilzeitpensum ist gerade in Arbeitsbereichen mit hohem Leistungsdruck, z. B. im Kontext von ergebnisorientierter Steuerung durch Zielvorgaben, nur begrenzt umsetzbar. Zudem lenkt diese Maßnahme davon ab, dass möglicherweise an den Arbeitsbedingungen etwas geändert werden müsste, damit die Arbeitsintegration langfristig erfolgreich bleibt.

Aus der Studie geht außerdem hervor, dass es nicht ausreichen kann, Konflikte und Rechtfertigungsprobleme im Rahmen der Eingliederungsarbeit zu berücksichtigen, um eine erfolgreiche Wiedereingliederung zu erreichen. Als problematisch zu beurteilen ist vielmehr, dass Eingliederungsmaßnahmen überhaupt einen hohen Rechtfertigungsbedarf aufwerfen können. Notwendig wäre eine Gestaltung der Arbeitsorganisation, in der gesundheitliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und eine flexible Handhabung von Leistungsvorgaben selbstverständlicher wären. Eine stärkere Berücksichtigung von Fragen des Gesundheitsschutzes innerhalb des Eingliederungsmanagements, wie es Voswinkel (2017c) fordert, würde darüber hinaus die betriebliche Thematisierung gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen erleichtern.

Schließlich zeigt die Studie, dass das Problem der betrieblichen Wiedereingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter nicht primär darin besteht, dass psychische Erkrankungen in Betrieben nicht als solche erkannt werden, wie beispielweise Baer et al. (2011) argumentieren. Denn auch wenn psychische Erkrankungen bekannt waren, wurden in den untersuchten Unternehmen nur dann Bemühungen zur Reintegration unternommen, wenn sich die Betroffenen kooperativ verhielten, sich den Erwartungen der Arbeitgeberinnen anpassten und gegen Anordnungen, z. B. im Rahmen von Umstrukturierungen, keinen Widerstand leisteten. Die *soziale Unterstützung* beim beruflichen Wiedereinstieg nach einer Erkrankung wird damit auch bei offengelegten psychischen Erkrankungen nur selektiv gewährt.

Kehrt man zu der eingangs angesprochenen Frage zurück, welche Form die soziale Arbeitgeberverantwortung in der betrieblichen Sozialpolitik annimmt,

die durch die beschriebenen Konventionen der Wiedereingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter in den untersuchten Unternehmen praktiziert wird, lässt sich argumentieren, dass es sich hier um eine stark begrenzte Version patronaler Wohltätigkeit handelt (Castel 2008, S. 224 ff.; Canonica 2020). Die Weiterbeschäftigung trotz eingeschränkter Leistungsfähigkeit, sowie die Unterstützung beim Wiedereinstieg am Arbeitsplatz sind das Vorrecht derjenigen Beschäftigten, die sich die Gunst der Arbeitgeber nicht im Konflikt oder durch ein scheinbar unkooperatives Verhalten verspielen. Wenig beachtet wird dabei, dass ein unkooperativ scheinendes Verhalten gerade bei psychischen Erkrankungen auch ein Krankheitssymptom sein kann und dass umgekehrt Widerstand und Konflikte mit psychischen Belastungen zusammenhängen können, die durch die Arbeit im Unternehmen mitverursacht werden. In dieser Form der betrieblichen Sozialpolitik bleibt die Position der Beschäftigten schwach. Die im Sinne der häuslichen Konvention verstandene Verantwortung für die Beschäftigten, wie sie durch ein freiwilliges Engagement der Arbeitgeberinnen in der betrieblichen Arbeitsintegration in der Schweiz zustande kommt, bietet im Vergleich zu staatlich verbürgten sozialen Rechten nur einen selektiven und marginalen Schutz. Der Schutz gesundheitlich eingeschränkter Beschäftigter wurde gegen Ende des 20. Jahrhunderts reduziert, indem implizite, selbstverständliche Sozialleistungen durch explizite Formen einer *corporate social responsibility* ersetzt wurden (Hiß 2009). In den untersuchten Unternehmen beschränkt sich die Arbeitgeberverantwortung teilweise nur noch auf das Einhalten äußerlicher Formen, wie das prozedurale Berücksichtigen von Gesundheitsproblemen vor einer Entlassung.

Um zu der in der Einleitung aufgeworfenen Frage zurückzukehren, wie die Bedingungen der Arbeitsmarktinklusion durch Unternehmen gestaltet werden, so ist aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie zu folgern, dass Anpassungsleistungen primär von den gesundheitlich eingeschränkten Beschäftigten verlangt werden: Ihre Weiterbeschäftigung wird durch die Betriebe dann ermöglicht, wenn sie sich innerhalb der gegebenen Struktur von Arbeitsplätzen und Aufgaben als leistungsfähig erweisen und wenn sie sich an den Verhaltenserwartungen, die an sie gestellt werden, ausrichten. Dies entspricht nicht dem *Idealbegriff* der Inklusion, der für eine gleichwertige Teilnahme am Erwerbsarbeitsleben steht. Letzterer würde nämlich eine Aushandlung von Standards und Erwartungen beinhalten (Bude 2015, S. 40) und voraussetzen, dass die Unternehmen stärker bereit sind, Arbeitsplätze und Verhaltenserwartungen an gesundheitlich eingeschränkte Arbeitskräfte anzupassen.


BY

Dank

Großer Dank gebührt den Menschen, die an dieser Studie teilgenommen haben. Ohne ihre Offenheit, wäre es nicht möglich gewesen, diese Arbeit zu schreiben. Speziell möchte ich den Personen danken, die mir den Zugang zu den Unternehmen ermöglichten und Kontakte zu Interviewpartnerinnen und -partnern vermittelten.

Ich danke Prof. Dr. Franz Schultheis und Prof. Dr. Jean-Michel Bonvin für ihre Bereitschaft zur Betreuung meiner Dissertation und die konstruktiven und hilfreichen Hinweise. Prof. Dr. Eva Nadai danke ich für wichtige inhaltliche Hinweise zum Dissertationsprojekt und wertvolle Anregungen im Rahmen meiner Mitarbeit in zwei von ihr geleiteten Forschungsprojekten.

Für den Forschungsprozess waren weitere Personen und Anlässe wichtig: Ich danke der Forschungswerkstatt QualiZüri der Universität Zürich für die Gelegenheit, regelmäßig Datenmaterial gemeinsam zu analysieren. Für ertragreiche Analysesitzungen danke ich insbesondere Sabrina Künzle und Daniela Seibert. Hilfreich waren zudem verschiedene Gelegenheiten, vorläufige Analyseergebnisse zur Diskussion zu stellen, u. a. an der Tagung „Soziologische Analysen von Arbeit, Alter und Gesundheit“, 2018 an der Universität Graz, an der Tagung „Arbeitsmarktintegration im Alltag“ der Technischen Universität Berlin 2020, am digitalen „Sociology of Conventions Workshop“ 2021, sowie an diversen Kolloquien der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW und des Seminars für Soziologie der Universität St. Gallen. Ich danke den Teilnehmenden für wertvolle Kommentare. Für hilfreiche und ermunternde Feedbacks im Verlauf des gesamten Forschungsprozesses danke ich meinen Kolleginnen und Kollegen an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, darunter Fabienne Rotzetter, Benedikt Hassler, Martina Koch, Tobias Studer und Markus Steffen.

A. Gonon, *Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit*, Soziologie der Konventionen,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41117-6

Der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW danke ich für die Möglichkeit, während drei Jahren einen Teil meiner Arbeitszeit für die Dissertation zu nutzen.

Für kritische Anmerkungen zum Manuskript danke ich Philip Sippel, Joanne van Spyk und Anna John.

Schließlich danke ich meinen Freundinnen und Freunden und meiner Familie. Meinen Eltern Katrin Homberger und Philipp Gonon danke ich insbesondere für die zeitliche Entlastung in der Schlussphase des Dissertationsprojekts. Ebenso sehr danke ich meinem Partner Philip Sippel.

Zürich und Olten
26. Juli 2022
Anna Gonon

Anhang

Transkriptionsnotation

kurze Redepause	…
längere Pause	(x Sekunden Pause) z. B. (1)
Auslassung im Transkript	[…]
außersprachliche Information	((lacht))
auffallend betonte Worte	GROSSBUCHSTABEN
Satzabbruch, Argumentationswechsel	Komma
abgebrochenes Wort	Bindestrich (Ka-)
schneller Anschluss	Gleichheitszeichen (nein=aber)
unverständliches Passage,	( )
beste Wortvermutung	(haben)

A. Gonon, *Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit*, Soziologie der Konventionen,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41117-6

Literatur

Abberley, Paul. 2002. Work, Disability, Disabled People and European Social Theory. In *Disability Studies Today*, Hrsg. Colin Barnes, Mike Oliver und Len Barton, 120–138. Cambridge: Polity Press.

Abel, Jörg, und Hartmut Hirsch-Kreinsen. 2017. Arbeitsorganisation. In *Lexikon der Arbeits- und Industriesoziologie*, Hrsg. Hartmut Hirsch-Kreinsen und Heinrich Minssen, 60–63. Baden-Baden: Nomos.

Abel, Jörg, Hartmut Hirsch-Kreinsen, und Peter Ittermann. 2014. *Einfacharbeit in der Industrie. Strukturen, Verbreitung und Perspektiven*. Berlin: Edition Sigma.

Alsdorf, Nora, Ute Engelbach, Sabine Flick, Rolf Haubl, und Stephan Voswinkel, Hrsg. 2017. *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung*. Bielefeld: Transkript.

Backhaus-Maul, Martin, Holger Gibson-Kunze, und Daniel Kinderman. 2019. Editorial: Companies as socio-political actors and service providers in social policy. *Zeitschrift für Sozialreform, 65*(3), 205–234. https://doi.org/10.1515/zsr-2019-0008.

Baer, Niklas, Tanja Fasel, Ulrich Frick, und Wolfgang Wiedermann. 2011. *„Schwierige Mitarbeiter". Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche* (Forschungserbicht 1/11). Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Baer, Niklas, Ulrich Frick, Sarah Auerbach, und Monica Basler. 2017. *„Der tägliche Wahnsinn". Psychisch auffällige Mitarbeitende und ihr Problemverlauf aus Sicht von Deutschschweizer Führungskräften*. Liestal, Köln, Luzern: Hochschule Luzern/Psychiatrie Baselland.

Barnes, Maria Carla, Rhiannon Buck, Garteh Williams, Katie Webb, und Mansel Aylward. 2008. Beliefs about common health problems and work: A qualitative study. *Social Science and Medicine, 67*(4): 657–665. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.05.008.

Basaure, Mauro. 2008. Die pragmatistische Soziologie der Kritik heute. Luc Boltanski im Gespräch mit Mauro Basaure. *Berliner Journal für Soziologie, 18*(4): 1–24. https://doi.org/10.1007/s11609-008-0036-1.

Bauer, Georg. 2005. Die Entwicklung und Stand der BGF in der Schweiz. In *Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen*, Hrsg. Oskar Meggeneder, Klaus Oelster und Reinhold Sochert, 37–43. Bern: Verlag Hans Huber.

A. Gonon, *Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit*, Soziologie der Konventionen,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41117-6

Baumberg, Ben. 2014. Fit-for-Work – or Work Fit for Disabled People? The Role of Changing Job Demands and Control in Incapacity Claims. *Journal of Social Policy, 43*(2): 289–310. https://doi.org/10.1017/S0047279413000810.

Becke, Guido. 2010. Betriebliche Gesundheitsförderung in der Wissensökonomie – Zwischen „halbierter Modernisierung" und nachhaltiger Arbeitsqualität. In *Erschöpfende Arbeit: Gesundheit und Prävention in der flexiblen Arbeitswelt*, Hrsg. Heinrich Keupp und Helga Dill, 187–218. Bielefeld: transcript.

Bericat, Eduardo. 2016. The sociology of emotions: Four decades of progress *Current Sociology, 64*(3): 491–513. https://doi.org/10.1177/0011392115588355.

Berkel, Rik van, Jo Ingold, Patrick McGurk, Paul Boselie, und Thomas Bredgaard. 2017. Editorial introduction: An introduction to employer engagement in the field of HRM. Blending social policy and HRM research in promoting vulnerable groups' labour market participation. *Human Resource Management Journal, 27*(4): 503–513. https://doi.org/10.1111/1748-8583.12169.

Bessy, Christian. 2008. Pratiques contractuelles et individualisation de la rupture de la relation de travail. *Travail et Emploi, 114*(Avril-juin): 71–93. https://doi.org/10.4000/travailemploi.1932.

Bessy, Christian. 2017. Intermediäre, Konventionen und die Diskurse des Arbeitsmarktes. In *Dispositiv und Ökonomie. Diskurs- und dispositivanalytische Perspektiven auf Märkte und Organisationen*, Rainer Diaz-Bone und Ronald Hartz, 113–132. Wiesbaden: Springer VS.

Betzelt, Sigrid, und Silke Bothfeld (Hrsg.). 2011. *Activation and Labour Market Reforms in Europe*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Beynon, Huw. 2015. Beyond Postfordism. In *The SAGE Handbook of the Sociology of Work and Employment*, Hrsg. Stephan Edgell, Heidi Gottfried und Edward Granter, 306-328. Los Angeles: SAGE Publications.

Blackie, Daniel. 2018. Disability and Work During the Industrial Revolution in Britain. In *The Oxford Handook of Disability History*, Hrsg. Michael Rembis, Catherine Kudlick und Kim E. Nielsen, 177–195. Oxford: University Press.

Blank, Lindsay, Jean Peters, Simon Pickvance, J. Wilford, und Ewan MacDonald. 2008. A Systematic Review of the Factors which Predict Return to Work for People Suffering Episodes of Poor Mental Health. *Journal of Occupational Rehabilitation, 18*(1): 27–34. https://doi.org/10.1007/s10926-008-9121-8.

Blumer, Herbert. 1969. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Boes, Andreas, Tobias Kämpf, Thomas Lühr und Alexander Ziegler. 2018. Agilität als Chance für einen neuen Anlauf zum demokratischen Unternehmen? *Berliner Journal für Soziologie, 28(1)*, 181–208. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11609-018-0367-5.

Boltanski, Luc. 2010. *Soziologie und Sozialkritik*. Berlin: Suhrkamp.

Boltanski, Luc. 2012. *Love and justice as competences. Three essays on the sociology of action*. Cambridge: Polity Press.

Boltanski, Luc, und Ève Chiapello. 2003. *Der neue Geist des Kapitalismus*. Konstanz: UVK.

Boltanski, Luc, und Laurent Thévenot. 2000. The reality of moral expectations: A sociology of situated judgement. *Philosophical Explorations, 3*(3), 208–231. https://doi.org/10.1080/13869790008523332.

Boltanski, Luc, und Laurent Thévenot. 2007[1991]. *Über die Rechtfertigung. Eine Soziologie der kritischen Urteilskraft*. Hamburg: Hamburger Edition.

Boltanski, Luc, und Laurent Thévenot. 2011. Die Soziologie kritischer Kompetenzen. In *Soziologie der Konventionen. Grundlagen einer pragmatischen Anthropologie,* Hrsg. Rainer Diaz-Bone, 43–68. Frankfurt/New York: Campus.

Bonoli, Giuliano. 2013. *The Origins of Active Social Policy: Labour Market and Childcare Policies in a Comparative Perspective.* Oxford: Oxford University Press.

Bonvin, Jean-Michel. 2017. Stärkt die aktivierende Sozialpolitik das Recht auf menschenwürdige Arbeit? In *Sozialalmanach. Recht auf Arbeit*, Hrsg. Caritas, 111–123. Luzern: Caritas-Verlag.

Bonvin, Jean-Michel, und Stephan Dahmen, Hrsg. 2017. *Reformieren durch Investieren? Chancen und Grenzen des Sozialinvestitionsstaats in der Schweiz.* Zürich: Seismo.

Bosch, Gerhard. 2000. Entgrenzung der Erwerbsarbeit. Lösen sich die Grenzen zwischen Erwerbsund Nichterwerbsarbeit auf? In *Begrenzte Entgrenzungen. Wandlung von Organisation und Arbeit*, Hrsg. Heiner Minssen, 249–268. Berlin: Edition Sigma.

Bothfeld, Silke, Sigrid Gronbach, und Kai Seibel. 2005. *Eigenverantwortung in der Arbeitsmarktpolitik: zwischen Handlungsautonomie und Zwangsmaßnahmen. WSI-Diskussionspapier, 134.* Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Bourguignon, Annick, und Ève Chiapello. 2005. The role of criticism in the dynamics of performance evaluation systems. *Critical Perspectives on Accounting, 16*(6): 665–700. https://doi.org/10.1016/j.cpa.2003.08.007.

Brandl, Julia, und Katharina Pernkopf. 2015. Personalarbeit aus Perspektive der Soziologie der Konventionen. In *Organisationen und Konventionen Die Soziologie der Konventionen in der* Organisationsforschung, Hrsg. Lisa Knoll, 301–323. Wiesbaden: Springer VS.

Bredgaard, Thomas. 2018. Employers and Active Labour Market Policies: Typologies and Evidence. *Social Policy & Society, 17*(3): 365–377. https://doi.org/10.1017/S147474641700015X.

Breidenstein, Georg, Stefan Hirschauer, Herbert Kalthoff, und Boris Nieswand. 2013. *Ethnografie: die Praxis der Feldforschung*. Konstanz: UVK

Brejning, Jeanette. 2012. *Corporate Social Responsibility and the Welfare State. The Historical and Contemporary Role of CSR in the Mixed Economy of Welfare.* Farnham: Ashgate.

Breuer, Franz, Petra Muckel, und Barbara Dieris. 2017. *Reflexive Grounded Theory: Eine Einführung für die Forschungspraxis.* Wiesbaden: Springer

Brown, Robyn Lewis, Mairead Eastin Moloney und Jordan Brown. 2018. Gender differences in the processes linking public stigma and self-disclosure among college students with mental illness. *Journal of Community Psychology, 46*(2): 202–212. https://doi.org/10.1002/jcop.21933.

Brunnett, Regina. 2009. *Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus*. Bielefeld: Transcript.

Brunnett, Regina. 2013. Burnout und soziale Anpassung. Stress, Arbeit und Selbst im flexiblen Kapitalismus. In *Krankheitskonstruktionen und Krankheitstreiberei. Die Renaissance der soziologischen Psychiatriekritik*, Hrsg. Michael Dellwing und Martin Harbusch, 161–175. Wiesbaden: Springer.

Brunnett, Regina. 2018. Von Arbeitskonflikten zum psychologischen Problem? Wie Konzepte von Stress und Burnout das Verhältnis zu Arbeit transformieren (können). In *Politik*

der Verhältnisse – Politik des Verhaltens. Widersprüche der Gestaltung Sozialer Arbeit, Hrsg. Roland Anhorn, Elke Schimpf, Johannes Stehr, Kerstin Rathgeb, Susanne Spindler und Rolf Keim, 333–344. Wiesbaden: Springer.

Bude, Heinz. 2015. Was für eine Gesellschaft wäre eine „inklusive Gesellschaft"? In *Inklusion. Wege in die Teilhabegesellschaft*, Hrsg. Heinrich-Böll-Stiftung, 37–43. Frankfurt a. M.: Campus.

Buri-Moser, Regine. 2013. *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Stand und Entwicklungsmöglichkeiten in Schweizer Unternehmen.* München, Mering: Rainer Hampp Verlag.

Busfield, Joan. 2000. Introduction: Rethinking the sociology of mental health. *Sociology of Health & Illness, 22*(5): 543–558. https://doi.org/10.1111/1467-9566.00219.

Canonica, Alan. 2017. Konventionen der Arbeitsintegration. Die Beschäftigung von Behinderten in Schweizer Unternehmen (1950–1980). *Zeitschrift für Unternehmensgeschichte, 62*(2): 233–255. https://doi.org/10.1515/zug-2017-1002.

Canonica, Alan. 2020. *Beeinträchtigte Arbeitskraft. Konventionen der beruflichen Eingliederung zwischen Invalidenversicherung und Arbeitgeber (1945–2008).* Zürich: Chronos.

Carlsson, Lars, Per Lytsy, Ingrid Anderzén, Johan Hallqvist, Thorne Wallman, und Catharina Gustavsson. 2019. Motivation for return to work and actual return to work among people on long-term sick leave due to pain syndrome or mental health conditions. *Disability and Rehabilitation, 41*(25): 3061–3070. https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1490462.

Carter, Bob, Andy Danford, Debra Howcroft, Helen Richardson, Andrew Smith, und Phil Taylor. 2011. 'All they lack is a chain': lean and the new performance management in the British civil service. *New technology, work and employment, 26*(2): 83–97. https://doi.org/10.1111/j.1468-005X.2011.00261.x.

Carter, Bob, Andy Danford, Debra Howcroft, Helen Richardson, Andrew Smith, und Phil Taylor. 2013. 'Stressed out of my box': employee experience of lean working and occupational ill-health in clerical work in the UK public sector. *Work, employment and society, 27*(5): 747–767. https://doi.org/10.1177/0950017012469064.

Castel, Françoise, Robert Castel, und Anne Lovell. 1982. *Psychiatrisierung des Alltags. Produktion und Vermarktung der Psychowaren in den USA*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Castel, Robert. 2008. *Die Metamorphose der sozialen Frage. Eine Chronik der Lohnarbeit*. Konstanz: UVK.

Castel, Robert. 2011. *Die Krise der Arbeit. Neue Unsicherheiten und die Zukunft des Individuums*. Hamburg: Hamburger Edition

Charmaz, Kathy. 2010. Disclosing illness and disability in the workplace. *Journal of International Education in Business, 3*(1/2): 6–19. https://doi.org/10.1108/18363261011106858.

Clarke, Adele. E. 2003. Situational Analyses: Grounded Theory Mapping After the Postmodern Turn. *Symbolic Interaction, 26*(4): 553–576. https://doi.org/10.1525/si.2003.26.4.553.

Clarke, A. E. (2005). *Situational analysis: grounded theory after the postmodern turn.* Thousand Oaks, CA/London: Sage.

Clarke, Adele. E., und Carrie Friese. 2007. Grounded Theorizing Using Situational Analysis In *The SAGE Handbook of Grounded Theory,* Hrsg. Antony Bryant und Kathy Charmaz, 362–397. London: SAGE Publications Ltd.

Cloutier, Claire, und Ann Langley. 2013. The Logic of Institutional Logics: Insights From French Pragmatist Sociology. *Journal of Management Inquiry, 22*(4): 360–380. https://doi.org/10.1177/1056492612469057.

Colella, Adrienne. 2001. Coworker Distributive Fairness Judgments of the Workplace Accommodation of Employees with Disabilities. *Academy of Management, 26*(1): 100–116. https://doi.org/10.2307/259397.

Colella, Adrienne, Ramona L. Paetzold, und Maura M. Belliveau. 2004. Factors Affecting Coworker's Procedural Justice Inferences of the Workplace Accomodations of Employees with Disabilities. *Personnel Psychology, 57*(1): 1–23. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2004.tb02482.x.

Cooke, Hannah. 2006. Examining the disciplinary process in nursing: a case study approach. *Work, Employment & Society, 20*(4): 687–707. https://doi.org/10.1177/0950017006069809.

Corbière, Marc, Alessia Negrini, Marie-José Durand, Louise St-Arnaud, Catherine Briand, Jean-Baptiste Fassier, Patrick Loisel, und Jean-Philippe Lachance. 2017. Development of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) and Validation with Workers Suffering from a Common Mental Disorder or Musculoskeletal Disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation, 27*(3): 329–341. https://doi.org/10.1007/s10926-016-9661-2.

Corbin, Juliet, und Anselm Strauss. 1985. Managing Chronic Illness at Home: Three Lines of Work. *Qualitative Sociology, 8*(3): 224–247. https://doi.org/10.1007/BF00989485.

Corbin, Juliet, und Anselm Strauss. 1990. Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology, 13*(1): 3–21. https://doi.org/10.1007/BF00988593.

Crowley, Martha, Daniel Tope, Lindsey Joyce Chamberlain, und Randy Hodson. 2010. Neo-Taylorism at Work: Occupational Change in the Post-Fordist Era. *Social Problems, 57*(3): 421–447. https://doi.org/10.1525/sp.2010.57.3.421.

Cunningham, Ian, Philip James, und Pauline Dibben. 2004. Bridging the Gap between Rhetoric and Reality: Line Managers and the Protection of Job Security for Ill Workers in the Modern Workplace. *British Journal of Management, 15*(3): 273–290. https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2004.00419.x.

Dahmen, Stephan. 2019. Soziale Arbeit als ‚art of composition' – Zur konventionsbasierten Regulierung von Übergängen von der Schule in Ausbildung in Motivationssemestern. In *Bildung und Konventionen. Die „Economie des conventions" in der Bildungsforschung*, Hrsg. Christian Imdorf, Regula Lehmann und Philipp Gonon, 403–426. Wiesbaden: Springer VS.

Dale, Karen, und Gibson Burrell. 2014. Being occupied: An embodied re-reading of organizational 'wellness'. *Organization, 21*(2): 159–177. https://doi.org/10.1177/1350508412473865.

Dellwing, Michael. 2010. Wie wäre es, an psychische Krankheiten zu glauben?: Wege zu einer neuen soziologischen Betrachtung psychischer Störungen. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 35*(1): 40–58. https://doi.org/10.1007/s11614-010-0045-0.

Deutschmann, Christoph. 2007. Unsicherheit und soziale Einbettung: Konzeptionelle Probleme der Wirtschaftssoziologie. In *Märkte als soziale Strukturen*, Hrsg. Jens Beckert, Rainer Diaz-Bone und Heiner Ganßmann, 79–93. Frankfurt a. M./New York: Campus.

Deutschmann, Christoph. 2008. *Kapitalistische Dynamik. Eine gesellschaftstheoretische Perspektive*. Wiesbaden: Springer.
Diaz-Bone, Rainer. 2009a. Économie des conventions. In *Wirtschaftssoziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie.* Sonderheft 49, Hrsg. Jens Beckert und Christoph Deutschmann, 176–193.
Diaz-Bone, Rainer. 2009b. Konvention, Organisation und Institution. Der institutionentheoretische Beitrag der „Économie des conventions". *Historical Social Research, 34*(2): 235–264. https://doi.org/10.12759/hsr.34.2009.2.235-264.
Diaz-Bone, Rainer. 2012. Review Essay: Situationsanalyse – Strauss meets Foucault? *Forum Qualitative Sozialforschung, 14*(1), Art. 11. https://doi.org/10.17169/fqs-14.1.1928.
Diaz-Bone, Rainer. 2017. Dispositive der Ökonomie. Konventionentheoretische Perspektiven auf Institutionen und Instrumentierungen der ökonomischen Koordination. In *Dispositiv und Ökonomie. Diskurs- und dispositivanalytische Perspektiven auf Märkte und Organisationen*, Hrsg. Rainer Diaz-Bone und Ronald Hartz, 83–112. Wiesbaden: Springer VS.
Diaz-Bone, Rainer. 2018. *Die Économie des Conventions*. Wiesbaden: Springer.
Diaz-Bone, Rainer, und Laurent Thévenot. 2010. Die Soziologie der Konventionen. Die Theorie der Konventionen als ein zentraler Bestandteil der neuen französischen Sozialwissenschaften *Trivium [Online], 5*, Online erschienen am 10. Januar 2010, abgerufen am 8. September 2020. http://journals.openedition.org/trivium/3557.
Dingeldey, Irene. 2011. *Der aktivierende Wohlfahrtsstaat. Governance der Arbeitsmarktpolitik in Dänemark, Großbritannien und Deutschland*. Frankfurt a. M./New York: Campus.
Dobusch, Laura. 2014. Diversity (Management-)Diskurse in Organisationen: Behinderung als „Grenzfall"? *Soziale Probleme, 25*(2): 268–285. https://doi.org/10.1007/978-3-658-08606-0_3.
Dodier, Nicolas. 1993. *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris: Éditions Métailié.
Dodier, Nicolas. 1994. Expert medical decisions in occupational medicine: a sociological analysis of medical judgment. *Sociology of Health & Illness, 16*(4): 489–514. https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347547.
Dodier, Nicolas. 2011. Konventionen als Stützen der Handlung. Elemente der soziologischen Pragmatik. In *Soziologie der Konventionen. Grundlagen einer pragmatischen Anthropologie*, Hrsg. Rainer Diaz-Bone, 69–97. Frankfurt a. M.: Campus.
Dodier, Nicolas. 2017. La construction sociale des souffrances du corps dans les activités quotidiennes de travail. *Travailler, 1*(37): 119–130. https://doi.org/10.3917/trav.037.0119.
Donzelot, Jacques. (1994[1984]). *L'invention du social: essai sur le déclin des passions politiques*. Paris: Editions du Seuil.
Dujin, Anne, und Bruno Maresca. 2010. La question du maintien dans l'emploi après une longue maladie dans les entreprises françaises. *La Revue de l'Ires, 67*(4): 39–58.
Dunstan, Debra A., und Ellen MacEachen. 2014. A Theoretical Model of Co-worker Responses to WorkReintegration Processes. *Journal of Occupational Rehabilitation, 24*(2): 189–198. https://doi.org/10.1007/s10926-013-9461-x.
Edwards, Paul. K., und Hugh Scullion. 1982. *The Social Organization of Industrial Conflict. Control and Restistance in the Workplace*. Oxford: Basil Blackwell.

Ehrenberg, Alain. 2004. *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. Frankfurt a. M.: Campus.

Elraz, Hadar. 2018. Identity, mental health and work: How employees with mental health conditions recount stigma and the pejorative discourse of mental illness. *Human Relations, 71*(5): 722–741. https://doi.org/10.1177/0018726717716752.

Engelbach, Ute, und Rolf Haubl. 2017. Erwerbsarbeit im Dienste der Selbstheilung. *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung*, Hrsg. Nora Alsdorf, Ute Engelbach, Sabine Flick, Rolf Haubl und Stephan Voswinkel, 119–144. Bielefeld: transcript.

Ervasti, Jenni, Matti Joensuu, Jaana Pentti, Tuula Oksanen, Kirsi Ahola, Jussi Vahtera, Mika Kivim, und Marianna Virtanen. 2017. Prognostic factors for return to work after depression-related work disability: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 95*(December 2017): 28–36. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.07.024.

Esping-Andersen, Gøsta. 1990. *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.

Etuknwa, Abasiama, Kevin Daniels, und Constanze Eib. 2019. Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation, 29*(4): 679–700. https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7.

Eymard-Duvernay, François. 2008. Justesse et justice dans les recrutements. *Formation Emploi,* 101(janvier-mars): 55–69. https://doi.org/10.4000/formationemploi.1051.

Eymard-Duvernay, François, und Emmanuelle Marchal. 1997. *Façons de recruter: le jugement des compétences sur le marché du travail* Paris: Éditions Métailié.

Fandrey, Walter. 1990. *Krüppel, Idioten, Irre: zur Sozialgeschichte behinderter Menschen in Deutschland*. Stuttgart: Silberburg-Verlag.

Ferreira, Cristina. 2015. *Invalides psychiques, experts et litiges*. Lausanne: Éditions Antipodes.

Ferreira, Cristina, Danièle Lanza, und Anne Dupanloup. 2008. La contribution des statistiques publiques à l'invisibilité sociale: le cas de l'invalidité psychique en Suisse. *Swiss Journal of Sociology, 34*(1): 165–185. https://doi.org/10.5169/seals-814547.

Flinkfeldt, Marie. 2011. 'Filling one's days': managing sick leave legitimacy in an online forum. *Sociology of Health & Illness, 33*(5): 761–776. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01330.x.

Flynn, Susan. 2017. Engaging with materialism and material reality: critical disability studies and economic recession. *Disability & Society, 32*(3): 143–159. https://doi.org/10.1080/09687599.2017.1284650.

Follmer, Kayla B., und Kisha S. Jones. 2018. Mental Illness in the Workplace: An Interdisciplinary Review and Organizational Research Agenda. *Journal of Management, 44*(1): 325–351. https://doi.org/10.1177/0149206317741194.

Ford, Henry. 2007[1922]. *My life and work*. New York: Cosimo Classics.

Foster, Deborah. 2017. The health and well-being at work agenda: good news for (disabled) workers or just a capital idea? *Work, employment and society*, *32*(1): 186–197. https://doi.org/10.1177/0950017016682458.

Foster, Deborah, und Victoria Wass. 2013. Disability in the Labour Market: An Exploration of Concepts of the Ideal Worker and Organisational Fit that Disadvantage Employees with Impairments. *Sociology, 47*(4): 705–721. https://doi.org/10.1177/0038038512454245.

Frank, Arthur W. 1995. *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.

Freidson, Eliot. 1970. *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago and London: The University of Chicago Press.

Freigang-Bauer, Ingra, und Ferdinand Gröben. 2011. *Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen. Handlungsbedarf aus Sicht betrieblicher Akteure. Arbeitspapier 224*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Frieß, Wiebke, und Iris Nowak. 2020. *Crowdwork – Gute Arbeit für Menschen mit Beeinträchtigungen? Vortrag gehalten am 4.12.2020.* Tagung Arbeitsmarktintegration im Alltag, TU Berlin.

Füllemann, Désirée, Alice Inauen, Gregor Jenny, Patrick Moser, und Georg Bauer. 2017. *Betriebliches Gesundheitsmanagement in Schweizer Betrieben. Monitoring-Ergebnisse 2016. Arbeitspapier 40*. Bern/Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

Funk, Annette. 2011. *Erosion im Arbeitsschutz: mit vertiefender Betrachtung der psychischen Belastungen.* München: Hampp.

Furner, James. 2020. Recovering the social interpretation of disability. *Disability & Society, 35*(10): 1535–1555. https://doi.org/10.1080/09687599.2019.1688644.

Gerlinger, Thomas. 2000. *Arbeitsschutz und Europäische Integration: Europäische Arbeitsschutzrichtlinien und Nationalstaatliche Arbeitsschutzpolitik in Großbritannien und Deutschland*. Wiesbaden: VS.

Germann, Urs. 2008. „Eingliederung vor Rente“: behindertenpolitische Weichenstellungen und die Einführung der schweizerischen Invalidenversicherung. *Schweizerische Zeitschrift für Geschichte, 58*(2): 178–197. https://doi.org/10.5169/seals-99091.

Giesert, Marianne, und Adelheid Weßling. 2012. *Betriebliches Eingliederungsmanagement in Großbetrieben.* Frankfurt: Bund-Verlag.

Glaser, Barney G., und Anselm L. Strauss. 1998[1967]. *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.

Gleeson, Brendan J. 1996. A Geography for Disabled People? *Transactions of the institute of British Geographers, 21*(2): 387–396. https://doi.org/10.2307/622488.

Goffman, Erving. 1952. On Cooling the Mark Out. *Psychiatry, 15*(4): 451–463. https://doi.org/10.1080/00332747.1952.11022896.

Goffman, Erving. 2012 [1967]. *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Gonon, Anna. 2019. Frühes Eingreifen bei psychischer Arbeitsunfähigkeit als ambivalente Strategie. *WSI Mitteilungen, 72*(5): 335–342. https://doi.org/10.5771/0342-300X-2019-5-335.

Gonon, Anna. 2021. Legitime Leiden. Die Rechtfertigung von eingeschränktem Arbeitsvermögen und betrieblichen Reintegrationsmaßnahmen am Beispiel psychisch erkrankter Beschäftigter. *Sozialer Fortschritt, 70*(3): 131–148. https://doi.org/10.3790/sfo.70.3.131.

Gonon, Anna. 2022. Ressourcen und Reputation. Wie Unternehmen psychische Gesundheitsprobleme von Beschäftigten bewerten. In *Gesundheit – Konventionen – Digitalisierung. Eine politische Ökonomie der (digitalen) Transformationsprozesse von und um*

Gesundheit, Hrsg. Valeska Cappel und Karolin Kappler, 161–182, Wiesbaden: Springer VS.

Gonon, Anna, und Fabienne Rotzetter. 2017. Zückerchen für Arbeitgebende. Sozialstaatliche Anreize zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen in der Schweiz. *Soziale Passagen, 9*(1): 153–168. https://doi.org/10.1007/s12592-017-0250-9.

Goodley, Dan. 2014. *Dis/ability studies : theorising disablism and ableism.* London: Routledge.

Goodley, Dan. 2018. The Dis/ability Complex. *DiGeSt. Journal of Diversity and Gender Studies, 5*(1): 5–22. https://doi.org/10.11116/DiGeSt.5.1.1.

Gouin, Marie-Michelle, Marie-France Coutu, und Marie-José Durand. 2019. Return-to-work success despite conflicts: an exploration of decision-making during a work rehabilitation program. *Disability and Rehabilitation, 41*(5): 523–533. https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1400592.

Graefe, Stefanie. 2015. Subjektivierung, Erschöpfung, Autonomie: eine Analyseskizze. *Ethik und Gesellschaft, 2.* https://doi.org/10.18156/eug-2-2015-art-3 (Zugriff am 25.09.2020).

Graefe, Stefanie. 2019. *Resilienz im Krisenkapitalismus: Wider das Lob der Anpassungsfähigkeit.* Bielefeld: transcript Verlag.

Haipeter, Thomas, Steffen Lehndorff, Gabi Schilling, Dorothea Voss-Dahm, und Alexandra Wagner. 2002. Vertrauensarbeitszeit. Analyse eines neuen Rationalisierungskonzepts. *Leviathan, 30*(3): 360–383. https://doi.org/10.1007/s11578-002-0027-0.

Hal, Lineke B.E. van, Agnes Meershoek, Angelique de Rijk, und Frans Nijhuis. 2012. Going beyond vocational rehabilitation as a training of skills: return-to-work as an identity issue. *Disability & Society, 27*(1): 81–93. https://doi.org/10.1080/09687599.2012.631799.

Hanisch, Halvor, und Per Koren Solvang. 2019. The urge to work: normative ordering in the narratives of people on long-term sick leave. *Health Sociology Review, 29*(2): 126–139. https://doi.org/10.1080/14461242.2019.1579664.

Harder, Henry G., und Liz R. Scott. 2009. *Umfassendes Disability Management*. Luzern: Interact.

Hassler, Benedikt. 2021. *Ambivalenz der Wiedereingliederung. Betriebliche und sozialstaatliche Integrationsmassnahmen aus der Sicht gesundheitlich beeinträchtigter Personen.* Zürich: Seismo Verlag.

Haubl, Rolf, Brigitte Hausinger, und G. Günter Voß, Hrsg. 2013. *Riskante Arbeitswelten. Zu den Auswirkungen moderner Beschäftigungsverhältnisse auf die psychische Gesundheit und die Arbeitsqualität*. Frankfurt a. M.: Campus.

Heiden, Mathias. 2014. *Arbeitskonflikte. Verborgene Auseinandersetzungen um Arbeit, Überlastung und Prekarität*. Berlin: Edition Sigma.

Helfferich, Cornelia. 2011. *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews.* Wiesbaden: VS.

Henry, Stuart. 1987. Disciplinary pluralism: four models of private justice in the workplace. *The Sociological Review, 35*(2): 279–319. https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1987.tb00011.x.

Hepburn, C. Gail, Renée-Louise Franche, und Lori Francis. 2010. Successful return to work: the role of fairness and workplace-based strategies. *International Journal of Workplace Health Management, 3*(1): 7–24. https://doi.org/10.1108/17538351011031902.

Hergesell, Jannis, und Jana-Maria Albrecht. 2021. Integration als betriebliche Routine. Organisationssoziologische Perspektiven auf alltägliche Integrationsprozesse. *Sozialer Fortschritt, 70*(3): 111–129. https://doi.org/10.3790/sfo.70.3.111.

Hipes, Crosby, Jeffrey Lucas, Jo C. Phelan, und Richard C. White. 2016. The stigma of mental illness in the labor market. *Social Science Research, 56*: 16–25. https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.12.001.

Hirsch-Kreinsen, Hartmut, und Heiner Minssen. 2017. *Lexikon der Arbeits- und Industriesoziologie*. Baden-Baden: Nomos.

Hiß, Stefanie. 2009. Corporate Social Responsibility – Innovation oder Tradition? Zum Wandel der gesellschaftlichen Verantwortung von Unternehmen in Deutschland. *Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik, 10*(3): 287–303. https://doi.org/10.5771/1439-880X-2009-3-287.

Hochschild, Arlie R. 1997. *The time bind. When work becomes home and home becomes work*. New York: Holt.

Hodgson, Damian, und Louise Briand. 2013. Controlling the uncontrollable: 'Agile' teams and illusions of autonomy in creative work. *Work, Employment & Society, 27*(2): 308–325. https://doi.org/10.1177/0950017012460315.

Holtgrewe, Ursula, und Stephan Voswinkel. 2002. Kundenorientierung zwischen Mythos, Organisationsrationalität und Eigensinn der Beschäftigten. In *Dienst-Leistung(s)-Arbeit. Kundenorientierung und Leistung in tertiären Organisationen*, Hrsg. Dieter Sauer, 99–118. München: ISF-Insitut für sozialwissenschaftliche Forschung München.

Homlund, Lisa, Therese Hellman, Monika Engblom, Lydia Kwak, Lars Sandman, Lena Törnkvist, und Elisabeth Björk Brämberg. 2020. Coordination of return-to-work for employees on sick leave due to common mental disorders: facilitators and barriers. *Disability and Rehabilitation, Online ahead of print*. https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1855263.

Honneth, Axel. 2002. Organisierte Selbstverwirklichung. Paradoxien der Individualisierung. In *Befreiung aus der Mündigkeit. Paradoxien des gegenwärtigen Kapitalismus,* Hrsg. ders., 141–158. Frankfurt a. M./New York: Campus.

Hood, Jane C. 2007. Orthodoxy vs. power: the defining traits of grounded theory. In *The SAGE handbook of grounded theory*, Hrsg. Antony Bryant und Kathy Charmaz, 151–164). Los Angeles: SAGE Publications Ltd.

Hoonaard, Will van den. 2003. Is anonymity an artifact in ethnographic research? *Journal of Academic Ethics, 1*(2): 141–151. https://doi.org/10.1023/B:JAET.0000006919.58804.4c.

Irvine, Annie. 2011a. Something to declare? The disclosure of common mental health problems at work. *Disability & Society, 26*(2): 179–192. https://doi.org/10.1080/09687599.2011.544058.

Irvine, Annie. 2011b. Fit for Work? The Influence of Sick Pay and Job Flexibility on Sickness Absence and Implications for Presenteeism. *Social Policy & Administration, 45*(7): 752–769. https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2011.00795.x.

Jagd, Søren. 2011. Pragmatic sociology and competing orders of worth in organizations. *European Journal of Social Theory, 14*(3): 343–359. https://doi.org/10.1177/1368431011412349.

Jammaers, Eline, Patrizia Zanoni, und Stefan Hardonk. 2016. Constructing positive identities in ableist workplaces: Disabled employees' discursive practices engaging with the

discourse of lower productivity. *Human Relations, 69*(6): 1365–1386. https://doi.org/10.1177/0018726715612901.

Jansson, Inger, und A. Birgitta Gunarsson. 2018. Employers' views of the impact of mental health problems on the ability to work *Work 59*(4): 585–598. https://doi.org/10.3233/WOR-182700.

Jones, Amanda M. 2011. Disclosure of Mental Illness in theWorkplace: A Literature Review. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 14*(3): 212–229. https://doi.org/10.1080/15487768.2011.598101

Jones, Carol, und Richard Saundry. 2012. The practice of discipline: evaluating the roles and relationship between managers and HR professionals. *Human Resource Management Journal 22*(3): 252–266. https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2011.00175.x.

Kämpf, Tobias. 2015. „Ausgebrannte Arbeitswelt" – Wie erleben Beschäftigte neue Formen von Belastung in modernen Feldern der Wissensarbeit? *Berliner Journal für Soziologie, 25*(1): 133–159. https://doi.org/10.1007/s11609-015-0278-7.

Kämpf, Tobias. 2018. Lean and White-Collar Work: Towards New Forms of Industrialisation of Knowledge Work and Office Jobs? *tripleC, 16*(2): 901–918. https://doi.org/10.31269/triplec.v16i2.1048.

Karasek, Robert, und Töres Theorell. 1990. *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Book.

Kelle, Udo, und Susann Kluge. 2010. *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2. überarbeitete Auflage.* Wiesbaden: VS Springer.

Kiesche, Eberhard. 2015. Krankenrückkehrgespräche: Eine überholte Sozialtechnologie. In *Return to Work – Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Reintegration*, Hrsg. Andreas Weber, Ludger Peschkes und Wout E.L. de Boer, 499–504. Stuttgart: Gentner Verlag.

Kirsh, Bonnie, Terry Krupa, und Dorothy Luong. 2018. How Do Supervisors Perceive and Manage Employee Mental Health Issues in Their Workplaces? *Work, 59*(4): 547–555. https://doi.org/10.3233/WOR-182698.

Kleemann, Frank, Jule Westerheide, und Ingo Matuschek. 2019. *Arbeit und Subjekt. Aktuelle Debatten der Arbeitssoziologie*. Wiesbaden: Springer VS.

Knoll, Lisa. 2012. *Über die Rechtfertigung wirtschaftlichen Handelns: CO_2-Handel in der kommunalen Energiewirtschaft*. Wiesbaden: Springer VS.

Knoll, Lisa. 2015. Einleitung. Organisationen und Konventionen. In *Organisationen und Konventionen. Die Soziologie der Konventionen in der Organisationsforschung*, Hrsg. dies., 9–34. Wiesbaden: Springer VS.

Knoll, Lisa. 2020. Organisationen, Konventionen und Kritik. Der französische Neopragmatismus in der Organisationsforschung. *Handbuch Organisationssoziologie*, Hrsg. Maja Apelt, Ingo Bode, Raimund Hasse, Uli Meyer, Victoria V. Groddeck, Maximiliane Wilkesmann und Arnold Windeler, 1–17. Wiesbaden: Springer VS.

Knoll, Lisa. 2021. Bewerten oder Prüfen? Zur Relevanz der Figur der Prüfung für die Organisationssoziologie. In *Organisation und Bewertung*, Hrsg. Thorsten Peetz und Frank Meier, 49–69. Wiesbaden: Springer VS.

Koch, Martina. 2016. *Arbeits(un)fähigkeit herstellen: Arbeitsintegration von gesundheitlich eingeschränkten Erwerbslosen aus ethnografischer Perspektive*. Zürich: Seismo.

Kocyba, Hermann, und Stephan Voswinkel. 2007. *Krankheitsverleugnung: Betriebliche Gesundheitskulturen und neue Arbeitsformen. Arbeitspapier 150*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Kozica, Arjan, und Stephan Kaiser. 2015. Konventionen und Routinen. Beiträge der Économie des conventions zur Forschung zu organisationalen Routinen. In *Organisationen und Konventionen Die Soziologie der Konventionen in der Organisationsforschung*, Hrsg. Lisa Knoll, 37–59. Wiesbaden: Springer VS.

Kratzer, Nick. 2017. Entgrenzung. In *Lexikon der Arbeits- und Industriesoziologie*, Hrsg. Hartmut Hirsch-Kreinsen, 116–119. Baden-Baden: Nomos.

Kratzer, Nick, und Wolfgang Dunkel. 2013. Neue Steuerungsformen bei Dienstleistungsarbeit – Folgen für Arbeit und Gesundheit. In *Immer schneller, immer mehr. Psychische Belastungen bei Wissens- und Dienstleistungsarbeit*, Hrsg. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 41–61. Wiesbaden: Springer VS.

Kratzer, Nick , Wolfgang Dunkel, Katharina Becker, und Stephan Hinrichs. 2011. Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Zur Einführung. In *Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement*, Hrsg. dies.: 13–33. Berlin: Edition Sigma.

Kratzer, Nick, und Dieter Sauer. 2005. Flexibilisierung und Subjektivierung von Arbeit. In: *Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland.* Hrsg. Soziologisches Forschungsinstitut (SOFI), Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Institut für sozialwissenschaftliche Forschung (ISF), Internationales Institut für empirische Sozialökonomie (INIFES), 125–149. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-322-80600-0_6.

Krause, Andreas, Cosima Dorsemagen, Jörg Stadlinger, und Sophie Baeriswyl. 2012. Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung: Ergebnisse aus Befragungen und Fallstudien. Konsequenzen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In *Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren*, Hrsg. Bernhard Badura, Antje Ducki, Helmut Schröder, Joachim Klose und Markus Meyer, 191–202. Berlin/Heidelberg: Springer.

Krupa Terry, Bonnie Kirsh, Lynn Cockburn, und Rebecca Gewurtz. 2009. Understanding the stigma of mental illness in employment. *Work*, *33*(4): 413–425. https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0890.

Kury, Patrick. 2012. *Der überforderte Mensch. Eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burnout*. Frankfurt/New York: Campus.

Kuznetsova, Yuliya, und Betul Yalcin. 2017. Inclusion of persons with disabilities in mainstream employment: is it really all about the money? A case study of four large companies in Norway and Sweden. *Disability & Society, 32*(2): 233–253. https://doi.org/10.1080/09687599.2017.1281794.

Lafaye, Claudette, und Laurent Thévenot. 1993. Une justification écologique ? Conflits dans l'aménagement de la nature. *Revue française de la sociologie, 34*(5): 495–524. https://doi.org/10.2307/3321928.

Lange, Bianca. 2021. Zu den Aushandlungsprozessen gesundheitlicher Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Unternehmenskulturen am Beispiel des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM). *Sozialer Fortschritt, 70*(4): 227–242. https://doi.org/10.3790/sfo.70.4.227.

Langner, Carrie. A., Elissa S. Epel, Karen A. Matthews, Judith T. Moskowitz, und Nancy E. Adler, N. E. (2012). Social Hierarchy and Depression: The Role of Emotion Suppression. *The Journal of Psychology, 146*(4): 417–436. https://doi.org/10.1080/00223980.2011.652234.

Larquier, Guillemette de. 2016. *Une approche conventionnaliste du marché du travail fondée sur le recrutement des entreprises*. Paris: Université de Paris Ouest-Nanterre La Défense.

Lay, Gunter. 2008. Gruppenarbeit in Deutschland – Instrument zur Requalifizierung der Industriearbeit oder leere Worthülse. *Arbeit, 17*(1): 5–20. https://doi.org/10.1515/arbeit-2008-0103.

Le Roy-Hatala, Claire. 2009. Maintenir un salarié handicapé psychique dans l'emploi : une expérience individuelle et collective. *Vie sociale*(1): 31–50. https://doi.org/10.3917/vsoc.091.0031.

Leidner, Robin. 1991. Serving Hamburgers and Selling Insurance: Gender, Work and Identity in Interactive Service Jobs. *Gender & Society, 5*(2): 154–177. https://doi.org/10.1177/089124391005002002.

Lemieux, Pierre, Marie-José Durand, und Quan Nha Hong. 2011. Supervisors' Perception of the Factors Influencing the Return to Work of Workers with Common Mental Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation, 21*(3): 293–303. https://doi.org/10.1007/s10926-011-9316-2.

Lessenich, Stephan. 2008. *Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus*. Bielefeld: Transcript.

Levine, Sol, und Martin A. Kozloff. 1978. The Sick Role: Assessment and Overview. *Annual Review of Sociology*, 4, 317–343.

Lohmeyer, Nora. 2017. *Instrumentalisierte Verantwortung? Entstehung und Motive des „Business Case for CSR" im deutschen Diskurs unternehmerischer Verantwortung*. Bielefeld: transcript.

Lott, Yvonne. 2014. *Flexibilität und Autonomie in der Arbeitszeit: Gut für die Work-Life Balance? – Analysen zum Zusammenhang von Arbeitszeitarrangements und Work-Life Balance in Europa. WSI-Report 18*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Luckmann, Thomas. 2002. Wirklichkeit als Arbeit. In *Wissen und Gesellschaft. Ausgewählte Aufsätze 1982–2002*, Hrsg. ders., 91–104. Konstanz: UVK.

Luhmann, Niklas. 1983[1969]. *Legitimation durch Verfahren*. Frankfurt a. M.: Surhkamp.

Maines, David R., und Joy C. Charlton. 1985. The Negotiated Order Approach to the Analysis of Social Organization. In *Foundations of Interpretive Sociology: Original Essays in Symbolic Interaction,* Hrsg. Harvey A. Farberman und R.S. Perinbanayagam, 271–308. Greenwich Conneticut: JAI Press

Mämecke, Thorben. 2016. Benchmarking the Self. Kompetitive Selbstvermessung im betrieblichen Gesundheitsmanagement. In *Leben nach Zahlen. Self-Tracking als Optimierungsprojekt?* Hrsg. Stefanie Duttweiler, Robert Gugutzer, Jan-Hendrik Passoth und Jörg Strübing, 103–122. Bielefeld: transcript.

Manske, Alexandra. 2005. Eigenverantwortung statt wohlfahrtsstaatlicher Absicherung. *Berliner Journal für Soziologie, 15*(2): 241–258. https://doi.org/10.1007/s11609-006-0120-3.

Maravelias, Christian. 2016. Faster, harder, longer, stronger – management at the threshold be-tween work and private life: The case of work place health promotion. *Culture and Organization, 24*(5): 331–347. https://doi.org/10.1080/14759551.2016.1141414.

Marchal, Emmanuelle, und Géraldine Rieucau. 2010. *Le recrutement*. Paris: La Découverte.

Marquardsen, Kai. 2007. Was ist „Aktivierung“ in der Arbeitsmarktpolitik? *WSI Mitteilungen, 60*(5): 259–265. https://doi.org/10.5771/0342-300X-2007-5-259.
Marrs, Kira. 2018. Herrschaft und Kontrolle in der Arbeit. In *Handbuch Arbeitssoziologie*, Hrsg. Fritz Böhle, G. Günter Voß und Günther Wachtler, 473–504. Wiesbaden: Springer VS.
Martin, Angela, Megan Woods, und Sarah Dawkins. 2018. How managers experience situations involving employee mental ill-health. *International Journal of Workplace Health Management, 11*(6): 442–463. https://doi.org/10.1108/IJWHM-09-2017-0069..
Maschke, Michael. 2007. Behinderung als Ungleichheitsphänomen – Herausforderungen an Forschung un politische Praxis. In *Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld*, Hrsg. Anne Waldschmidt und Werner Schneider, 299–320. Wiesbaden: transcript.
Matthäus, Sandra. 2017. Towards the Role of Self, Worth, and Feelings in (Re-)Producing Social Dominance: Explicating Pierre Bourdieu’s Implicit Theory of Affect. *Historical Social Research, 42*(4): 75–92. https://doi.org/10.12759/hsr.42.2017.4.75-92.
McDowell, Caitlin, und Ellie Fossey. 2015. Workplace Accommodations for People with Mental Illness: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation, 25*(1): 197–206. https://doi.org/10.1007/s10926-014-9512-y.
Menz, Wolfgang, und Sarah Nies. 2015. Wenn allein der Erfolg zählt. Belastungen und Work-Life-Balance in den Finanzdienstleistungen. In *Work-Life-Balance – eine Frage der Leistungspolitik*, Hrsg. Nick Kratzer, Wolfgang Menz und Barbara Pangert, 233–273. Wiesbaden: Springer.
Metzler, Irina. 2013. *A Social History of Disability in the Middle Ages*. New York/London: Routledge.
Minssen, Heiner, Hrsg. 2000. *Begrenzte Entgrenzungen. Wandlungen von Organisation und Arbeit*. Berlin: Edition Sigma.
Moldaschl, Manfred. 2010. Organisierung und Organisation von Arbeit. In *Handbuch Arbeitssoziologie*, Hrsg. Fritz Böhle, G. Günter Voß und Günther Wachtler, 263–299. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
Mullan, Killian, und Judy Wajcman. 2018. Have Mobile Devices Changed Working Patterns in the 21st Century? A Time-diary Analysis of Work Extension in the UK. *Work, Employment & Society, 33*(1): 3–20. https://doi.org/10.1177/0950017017730529.
Mulvany, Julie. 2000. Disability, impairment or illness? The relevance of the social model of disability to the study of mental disorder. *Sociology of Health & Illness, 22*(5): 582–601. https://doi.org/10.1111/1467-9566.00221.
Nadai, Eva. 2007. Cooling Out. Zur Aussortierung der Leistungsschwachen. In *Der Eigensinn des Materials. Erkundungen sozialer Wirklichkeit. Festschrift für Claudia Honegger zum 60. Geburtstag*, Hrsg. Caroline Arni, Andrea Glauser, Charlotte Müller, Marianne Rychner und Peter Schallberger, 445–461. Basel/Frankfurt a. M.: Stroemfeld.
Nadai, Eva. 2015. „Bereitschaft zur Arbeitsaufnahme.“ Zur Rolle von Dokumenten in der Verwaltung von Arbeitslosigkeit. In *Mediatisierung (in) der Sozialen Arbeit*, Hrsg. Nadia Kutscher, Thomas Ley und Udo Seelmeyer, 242–259. Hohengehren: Schneider.
Nadai, Eva. 2017. Asymmetrische Responsibilisierung oder wie man Arbeitgeber vom Wert von „Behinderten“ überzeugt. In *Widersprüche gesellschaftlicher Integration*, Hrsg. Oktay Bilgi, Marie Frühauf und Kathrin Schulze, 111–128. Wiesbaden: Springer.

Nadai, Eva, und Alan Canonica. 2019. Moralization of labour. Establishing the social responsibility of employers for disabled workers. In *The Contested Moralityof Markets*, Hrsg. Simone Schiller-Merkens und Philip Balsiger, 87–110. Bingley: Emerald Publishing.

Nadai, Eva, Alan Canonica, Anna Gonon, Fabienne Rotzetter, und Martin Lengwiler. 2019. *Werten und Verwerten. Konventionen der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen in Wirtschaft und Wohlfahrtstaat*. Wiesbaden: Springer VS.

Nadai, Eva, Alan Canonica, und Martina Koch. 2015. *… und baute draus ein großes Haus: Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) zur Aktivierung von Erwerbslosen.* Konstanz: UVK.

Nadai, Eva, Anna Gonon, Robin Hübscher, und Anna John. 2021. The Social Organization of Work Incapacity. Incapacities in the Swiss Social Insurance System and in the Workplace. *Historical Social Research, 46*(1,Special Issue: Conventions, Health and Society): 160–180. https://doi.org/10.12759/hsr.46.2021.1.160-180.

Nadai, E, Anna Gonon, und Fabienne Rotzetter. 2018. Costs, risks and responsibility. Negotiating the value of disabled workers between disability insurance and employers. *Swiss Journal of Sociology, 44*(3): 405–422. https://doi.org/10.1515/sjs-2018-0018.

Nadai, Eva, und Christoph Maeder. 2006. *Promises and Ravages of Performance. Enforcing the Entrepreneurial Self in Welfare and Economy*. Olten, Kreuzlingen: Report to the Swiss National Science Foundation, NRP 51.

Nadai, Eva, und Christoph Maeder. 2008. Negotiations at all Points? Interaction and Organization *Forum Qualitative Social Research, 9*(1): Art. 32. https://doi.org/10.17169/fqs-9.1.337.

Neckel, Sighard. 2002. Die Verdienste und ihr Preis. Leistung in der Marktgesellschaft. In *Befreiung aus der Mündigkeit. Paradoxien des gegenwärtigen Kapitalismus*, Hrsg. Axel Honneth, 93–116. Frankfurt a. M.: Campus.

Neckel, Sighard, Kai Dröge, und Irene Somm. 2008. Das umkämpfte Leistungsprinzip. Deutungskonflikte um die Legitimation sozialer Ungleichheit. In *Rückkehr der Leistungsfrage. Leistung in Arbeit, Unternehmen und Gesellschaft*, Hrsg. Kai Dröge, Kira Marrs und Wolfgang Menz, 41–56. Berlin: Edition Sigma.

Nelson, Richard E., und Jae Hwan Kim. 2011. The impact of mental illness on the risk of employment termination. *The journal of mental health policy and economics, 14*(1): 39–52.

Nies, Sarah, Katrin Roller, und Gerlinde Vogl. 2017. Mobilität und Leistung: Dienstreisende im Trade-off zwischen Verdichtung und Entgrenzung. *Arbeit, 26*(2): 173–191. https://doi.org/10.1515/arbeit-2017-0011.

Noordik, Karen, Karen Nieuwenhuijsen, Inge Varekamp, Jac J. van der Klink, und Frank J. van Dijk. 2011. Exploring the return-to-work process for workers partially returned to work and partially on long-term sick leave due to common mental disorders: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation, 33*(17–18): 1625–1635. https://doi.org/10.3109/09638288.2010.541547.

Nowak, Iris, Coco Klußmann, und Wolfgang Menz. 2019. Normalität in Bewegung. Beschäftigte zwischen erweiterter Erreichbarkeit und digitaler Konnektivität. *Arbeit, 28*(3): 307–332. https://doi.org/10.1515/arbeit-2019-0019.

Nyberg, Daniel, und Christian De Cock. (2019). Processes of domination in the contemporary workplace: Managing disputes in the Swedish health care sector. *Sociological Review, 67*(3): 689–705. https://doi.org/10.1177/0038026118825235.

Obsan. 2021. IV-Neurenten aufgrund Krankheit https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/iv-neurenten-aufgrund-krankheit-alter-18-rentenalter. [31.07.2021].

OECD. 2012. *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work*. OECD Publishing.

OECD. 2014. *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz. Forschungsbericht Nr. 12/13*. Bern: OECD/Bundesamt für Sozialversicherungen.

Offe, Claus. 1984. *Contradictions of the welfare state*. Cambridge, Mass.: MIT Press.

Ohlbrecht, Heike, Carsten Detka, Susanne Kuczyk, und Bianca Lange. 2018. Return to Work und Stay at Work – Die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Eingliederungsmanagement. *Die Rehabilitation, 57*(3): 157–164. https://doi.org/10.1055/a-0608-9402.

Oliver, Michael. 1990. *The politics of disablement. A sociological approach.* New York: St. Martin's Press.

Oppolzer, Alfred. 2010. *Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit*. Hamburg: VSA-Verlag.

Orchard, Christa, Nancy Carnide, und Peter Smith. 2020. How Does Perceived Fairness in the Workers' Compensation Claims Process Affect Mental Health Following a Workplace Injury? *Journal for Occupational Rehabilitation, 30*(1): 40–48. https://doi.org/10.1007/s10926-019-09844-3.

Paetzold, Ramona L., Maria Fernanda Garcia, Adrienne Colella, Lily Run Ren, Maria del Carmen Triana, und Monique Ziebro. 2008. Perceptions of People with Disabilities: When is Accommodation Fair? *Basic and applied social psychology, 30*(1): 27–35. https://doi.org/10.1080/01973530701665280.

Pärli, Kurt, Julia Hug, und Andreas Petrik. 2015. *Arbeit, Krankheit, Invalidität. Arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Aspekte.* Bern: Stämpfli Verlag.

Parsons, Talcott. 1952. *The Social System.* London Tavistock Publications.

Pfeiffer, Sabine, Stefan Sauer, und Tobias Ritter. (2014). Agile Methoden als Werkzeug des Belastungsmanagements? Eine arbeitsvermögensbasierte Perspektive. *Arbeit, 23*(2): 119–132. https://doi.org/10.1515/arbeit-2014-0206.

Polanyi, Karl. 1978[1944]. *The Great Transformation. Politische und ökonomische Ursprünge von Gesellschaften und Wirtschaftssystemen.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Pongratz, Hans J., und G. Günter Voß. 1997. Fremdorganisierte Selbstorganisation. Eine soziologische Diskussion aktueller Managementkonzepte. *Zeitschrift für Personalforschung, 11*(1): 30–53. https://doi.org/10.1177/239700229701100102.

Pongratz, Hans J., und G. Günter Voß. 2003. *Arbeitskraftunternehmer: Erwerbsorientierungen in entgrenzten Arbeitsformen.* Berlin: Edition Sigma.

Prins, Rienk, und Wendy Heijdel. 2004. *Invalidität infolge psychischer Beeinträchtigung. Zahlen- und Massnahmenvergleich in sechs Ländern. Forschungsbericht Nr. 7/05*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Probst, Isabelle, Jean-Pierre Tabin, und Nelly Courvoisier. 2015. De la réparation à la réversibilité. Un nouveau paradigme dans l'assurance invalidité *Revue suisse de sociologie, 41*(1): 101–117. https://doi.org/10.5169/seals-814138.

Przyborski, Aglaja, und Monika Wohlrab-Sahr. 2014. *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4. Auflage.* München: Oldenbourg Verlag.

Qu, Yuanyuan. 2020. Is the internet the game changer? Disabled people and digital work in China. *Disability & Society, (ahead-of-print)*: 1–22. https://doi.org/10.1080/09687599.2020.1833314.

Reeve, Donna. 2015. Psycho-emotional disablism in the lives of people experiencing mental distress. In *Madness, distress and the politics of disablement*, Hrsg. Helen Spandler, Jill Anderson und Bob Sapey, 99–112. Bristol: Policy Press.

Reichertz, Jo. 2007. Abduction: the logic of discovery of Grounded Theory. In *The SAGE handbook of Grounded Theory*, Hrsg. Antony Bryant und Kathy Charmaz, 214–228. London: Sage.

Riechert, Ina und Edeltrud Habib. 2017. *Betriebliches Eingliederungsmanagement bei Mitarbeitern mit psychischen Störungen*. Heidelberg: Springer.

Rosenfield, Sarah, und Dawne Mouzon. 2013. Gender and Mental Health. In *Handbook of the Sociology of Mental Health. Second Edition*, Hrsg. Carol S. Aneshensel, Jo C. Phelan und Alex Bierman, 277–296. Dordrecht: Springer.

Rosenstein, Emilie. 2021. Activation, Non-Take-Up, and the Sense of Entitlement: A Swiss Case Study of Disability Policy Reforms. *Swiss Journal of Sociology, 47*(2): 241–260. https://doi.org/10.2478/sjs-2021-0017.

Roulstone, Alan. 2002. Disabling Pasts, Enabling Futures? How Does the Changing Nature of Capitalism Impact on the Disabled Worker and Jobseeker? *Disability & Society, 17*(6): 627–642. https://doi.org/10.1080/0968759022000010416.

Russell, Marta. 2010. What Disability Civil Rights Cannot Do: Employment and political economy. *Disability & Society, 17*(2): 117–135. https://doi.org/10.1080/09687590120122288.

Sainsbury, Roy, Annie Irvine, Jane Aston, Sally Wilson, Ceri Williams, und Alice Sinclair. 2008. *Mental health and employment. Research Report No 513*. Norwich: Crown Copyright. Published for the Department for Work and Pensions.

Salais, Robert. 2007. Die „Ökonomie der Konventionen“: Eine Einführung mit Anwendung auf die Arbeitswelt. In *Märkte als soziale Strukturen*, Hrsg. Jens Beckert, Rainer Diaz-Bone und Herbert Ganßmann, 95–112. Frankfurt a. M./New York: Campus.

Sauer, Dieter. 2010 . Vermarktlichung und Vernetzung. In F. Böhle, G. G. Voß, & G. Wachtler (Hg.), *Handbuch Arbeitssoziologie*, Hrsg. Fritz Böhle, G. Günter Voß und Günther Wachtler, 545–568. Wiesbaden: VS.

Schmidt-Wellenburg, Christian. 2017. Die Gouvernementalität des Unternehmens im Wandel. In *Dispositiv und Ökonomie. Diskurs- und dispositivanalytische Perspektiven auf Märkte und Organisationen*, Hrsg. Rainer Diaz-Bone und Ronald Hartz, 259–281. Wiesbaden: Springer.

Schmiede, Rudi. 2011. Macht Arbeit depressiv? Psychische Erkrankungen im flexiblen Kapitalismus. In *Nachrichten aus den Innenwelten des Kapitalismus. Zur Transformation moderner Subjektivität*, Hrsg. Cornelia Koppetsch, 113–138. Wiesbaden: VS.

Schultheis, Franz. 2012. Am Schalter – au guichet: Kulturvergleichende teilnehmende Beobachtung des Umgangs mit „Wissen“ in Sozialbürokratien. In *Wissensarbeit und Arbeitswissen. Zur Ethnografie des kognitiven Kapitalismus*, Hrsg. Getraud Koch und Bernd Jürgen Warneken, 175–193. Frankfurt/New York: Campus.

Schultheis, Franz. 2013a. Flexibilität und Prekarität. Die zwei Gesichter einer entfesselten Marktgesellschaft. In *Facetten der Prekarisierungsgesellschaft. Prekäre Verhältnisse.*

Sozialwissenschaftliche Perspektiven auf die Prekarisierung von Arbeit und Leben, Hrsg. Oliver Marchart, 37–48. Bielefeld: transcript.

Schultheis, Franz. 2013b. Über leben in der neuen Arbeitswelt: subjektive Zeugnisse und soziologische Diagnosen. In *Unternehmerisch und erschöpft? Anforderungen und Widersprüche von Arbeit und Lebensgestaltung*, Hrsg. Österreichischer Gewerkschaftsbund, 61–78. Wien.

Seing, Ida, MacEachen Ellen, Ekberg Kerstin, und Ståhl Christian. 2014. Return to work or job transition? Employer dilemmas in taking social responsibility for return to work in local workplace practice. *Disability and Rehabilitation, 37*(19): 1760–1769. https://doi.org/10.3109/09638288.2014.978509.

Seing, Ida, Ellen MacEachen, Christian Ståhl, und Kerstin Ekberg. 2015. Early-Return-to-Work in the Context of an Intensification of Working Life and Changing Employment Relationships. *Journal of Occupational Integration, 25*(1): 78–85. https://doi.org/10.1007/s10926-014-9526-5.

Seing, Ida, Christian Ståhl, Lennart Nordenfelt, Pia Bülow, und Kerstin Ekberg. 2012. Policy and Practice of Work Ability: A Negotiation of Responsibility in Organizing Return to Work. *Journal of Occupational Rehabilitation, 22*(4): 553–564. https://doi.org/10.1007/s10926-012-9371-3.

Semenowicz, Philippe. 2018. Les dilemmes de l'insertion par l'activité économique : à la recherche du meilleur compromis. *Formation Emploi, 141*(Janvier/Mars): 175–192. https://doi.org/10.4000/formationemploi.5327.

Shamir, Ronen. 2008. The age of responsibilization: On market-embedded morality. *Economy and Society, 37*(1): 1–19. https://doi.org/10.1080/03085140701760833.

Siegrist, Johannes. 2013. Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen. Aktuelle Forschungsevidenz. *Nervenarzt, 84*(1): 33–37. https://doi.org/10.1007/s00115-012-3667-6.

Sissons, Paul, und Anne E. Green. 2017. More than a match? Assessing the HRM challenge of engaging employers to support retention and progression. *Human Resource Management Journal, 27*(4): 565–580. https://doi.org/10.1111/1748-8583.12161.

Smith, Dorothy E. 1976. K ist geisteskrank. Die Anatomie eines Tatsachenberichtes. In *Ethnomethodologie. Beiträge zu einer Soziologie des Alltagshandelns*, Hrsg. Elmar Weingarten, Fritz Sack und Jim Schenkein, 368–415. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Spandler, Helen, und Jill Anderson. 2015. Unreasonable adjustments? Applying disability policy to madness and distress In *Madness, distress and the politics of disablement,* Hrsg. Helen Spandler, Jill Anderson und Bob Sapey, 13–26. Bristol: Policy Press.

St.-Arnaud, Louise, Renée Bourbonnais, Saint-Jean-Micheline, und Jacques Rhéaume. 2007. Determinants of Return-to-Work among Employees Absent Due to Mental Health Problems. *Relations industrielles, 62*(4): 690–713. https://doi.org/10.7202/016957ar.

Steiger-Sackmann, Sabine. 2013. *Schutz vor psychischen Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz: rechtliche Möglichkeiten zur Verbesserung der Prävention.* Zürich: Schulthess.

Stocker, Désirée, Sylvia Schlumpf, Jolanda Jäggi, und Martin Holtforth. 2015. *«Was ist bloss mit Max Muster los?» Umgang mit psychischen Problemen in kleineren Unternehmen und deren Unterstützungsbedarf*. Bern: Universität Bern und Büro BASS.

Storper, Michael, und Robert Salais. 1997. *Worlds of Production. The Action Frameworks of the Economy.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Strauss, Anselm L. 1978. A Social World Perspective. In *Studies in Symbolic Interaction*, Hrsg. Norman K. Denzin, 119–128. Greenwich, Conneticut: JAI Press Inc.

Strauss, Anselm L. 1987. *Qualitative Analysis for Social Scientists*: Cambridge University Press.

Strauss, Anselm L., und Juliet M. Corbin. 1996. *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Streckeisen, Peter. 2012. Steigende Erwerbslosigkeit und Prekarität in der Schweiz: Das Ende eines „Sonderfalls". In *Neue Prekarität. Die Folgen aktivierender Arbeitsmarktpolitik – europäische Länder im Vergleich*, Hrsg. Karin Scherschel, Peter Streckeisen und Manfred Krenn, 47–73. Frankfurt a. M./New York: Campus.

Strübing, Jörg. 2014. *Grounded theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden: VS.

Suckert, Lisa. 2015. Organisierter Kompromiss. Wie Ecopreneur-Unternehmen das Dilemma der Nachhaltigkeit lösen. In *Organisationen und Konventionen: die Soziologie der Konventionen in der Organisationsforschung*, Hrsg. Lisa Knoll, 193–224. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Tausig, Mark, und Rudy Fenwick 2011. *Work and Mental Health in Social Context*. Dordrecht: Springer.

Taylor, Phil, Kiran Cunningham, Kirsty Newsome, und Dora Scholarios. 2010. ‚Too scared to go sick' – reformulating the research agenda on sickness absence. *Industrial Relations Journal, 41*(4): 270–288. https://doi.org/10.1111/j.1468-2338.2010.00569.x.

Thévenot, Laurent. 1984. Rules and implement: investment in forms. *Social Science Information 23*(1): 1–45. https://doi.org/10.1177/053901884023001001.

Thévenot, Laurent. 2001a. Organized complexity. Conventions of coordination and the composition of economic arrangements. *European Journal of Social Theory, 4*(4): 405–425. https://doi.org/10.1177/13684310122225235.

Thévenot, Laurent. 2001b. Pragmatic Regimes Governing the Engagement with the World. In *The Practice Turn in Contemporary Theory*, Hrsg. Karin Knorr-Cetina, Theodore Schatzki und Eike von Savigny, 56–73. London: Routledge.

Thévenot, Laurent. 2007. The Plurality of Cognitive Formats and Engagements. Moving between the Familiar and the Public. *European Journal of Social Theory, 10*(3): 409–423. https://doi.org/10.1177/1368431007080703.

Thévenot, Laurent. 2011. Die Person in ihrem vielfachen Engagiertsein. In *Soziologie der Konventionen. Grundlagen einer pragmatischen Anthropologie*, Hrsg. Rainer Diaz-Bone, 231–253. Frankfurt a. M./New York: Campus.

Thévenot, Laurent, Michael Moody, und Claudette Lafaye. 2000. Forms of Valuing Nature: Arguments and Modes of Justification in French and American Environmental Disputes. In *Rethinking Comparative Cultural Sociology. Reper-toires of Evaluation in France and the United States*, Hrsg. Michèle Lamont und Laurent Thévenot, 229–272. Cambridge: Cambridge University Press.

Thoits, Peggy A. 2004. Emotion Norms, Emotion Work and Social Order. In *Feelings and emotions: The Amsterdam symposium, Hrsg.* Antony S. R. Manstead, Nico Frijda and Agneta Fischer, 359–378. Cambridge University Press.

Thomas, Carol. 2007. *Sociologies of Disability and Illness. Contested Ideas in Disability Studies and Medical Sociology*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Thompson, Edward. P. 1967. Time, work-discipline and industrial capitalism. *Past & Present, 38*(1): 56–97. https://doi.org/10.1093/past/38.1.56.

Timander, Ann-Charlott, Anne Grinyer, und Anders Möller. 2015) The study of mental distress and the (re)construction of identities in men and women with experience of longterm mental distress,. *Disability & Society, 30*(3): 327–339. https://doi.org/10.1080/09687599.2014.999911.

Toth, Kate E., und Carolyn S. Dewa. 2014. Employee Decision-Making About Disclosure of a Mental Disorder at Work. *Journal for Occupational Rehabilitation, 24*(4): 732–746. https://doi.org/10.1007/s10926-014-9504-y.

Truschkat, Inga, Manuela Kaiser-Belz, und Vera Volkmann. 2011. Theoretisches Sampling in Qualifikationsarbeiten. In, *Grounded Theory Reader*, Hrsg. Günter Mey und Katja Mruck, 353–379. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ulich, Eberhard, und Marc Wülser. 2015. *Gesundheitsmanagement in Unternehmen: arbeitspsychologische Perspektiven.* Wiesbaden: Gabler.

Unger, Hella von, Petra Narimani, und Rosaline M'Bayo. 2014. *Forschungsethik in der qualitativen Forschung. Reflexivität, Perspektiven, Positionen.* Wiesbaden: Springer.

Vater, Gudrun, und Mathilde Niehaus. 2014. Psychische Erkrankungen und berufliche Wiedereingliederungen. In *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Wissenschaft, Erfahrungen, Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und psychosomatischer Medizin*, Hrsg. Peter Angerer, Jürgen Glaser, Harald Gündel, Peter Henningsen, Claas Lahmann, Stephan Letzel und Dennis Nowak, 220–230. Heidelberg: ecomed MEDIZIN.

Voss, G. Günter, und Cornelia Weiß. 2013. Burnout und Depression 2012 Leiterkrankungen des subjektiven Kapitalismus oder: Woran leidet der Arbeitskraftunternehmer? In *Leistung und Erschöpfung. Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft*, Hrsg. Sighard Neckel und Greta Wagner, 29–57. Berlin: Suhrkamp.

Vossen, Emmie, Nicolette van Gestel, Beatrice I. J. M. van der Heijden, und Etiënne A. J. A. Rouwette. 2017. "Dis-able bodied" or "dis-able minded": stakeholders' return-to-work experiences compared between physical and mental health conditions. *Disability and Rehabilitation, 39*(10): 969–977. https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1172675.

Voswinkel, Stephan. 2012. Paradoxien der Entgrenzung von Arbeit. In *Transnationale Vergesellschaftungen*, Hrsg. Hans-Georg Soeffner, 919–929. Wiesbaden: Springer.

Voswinkel, Stephan. 2017a. Psychisch belastende Arbeitssituationen und die Frage der »Normalität«. In *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung*, Hrsg. Nora Alsdorf, Ute Engelbach, Sabine Flick, Rolf Haubl und Stephan Voswinkel, 59–93. Bielefeld: transcript.

Voswinkel, Stephan. 2017b. Krankenrolle und Stigmatisierung bei psychischen Erkrankungen. In *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung*, Hrsg. Nora Alsdorf, Ute Engelbach, Sabine Flick, Rolf Haubl und Stephan Voswinkel, 95–118. Bielefeld: transcript.

Voswinkel, Stephan. 2017c. Betriebliches Eingliederungsmanagement. Verfahren und Problemsichten. In *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung,* Hrsg. Nora Alsdorf, Ute Engelbach, Sabine Flick, Rolf Haubl und Stephan Voswinkel, 257–294. Bielefeld: transcript.

Vries, Haitze de, Alba Fishta, Beate Weikert, Alejandra Rodriguez Sanchez, und Uta Wegewitz. 2018. Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees

with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation, 28*(3): 393–417. https://doi.org/10.1007/s10926-017-9730-1.

Wagner, Peter. 1993. Die Soziologie der Genese sozialer Institutionen – Theoretische Perspektiven der ‚neuen Sozialwissenschaften' in Frankreich. *Zeitschrift für Soziologie, 22*(6): 464–476. https://doi.org/10.1515/zfsoz-1993-0605.

Waldschmidt, Anne. 2006. Soziales Problem oder kulturelle Differenz? Zur Geschichte von „Behinderung" aus der Sicht der „Disability Studies". *Traverse: Zeitschrift für Geschichte, 13*(3): 31–46. https://doi.org/10.5169/seals-31089.

Waldschmidt, Anne. 2011. Symbolische Gewalt, Normalisierungsdispositiv und/oder Stigma? Soziologie der Behinderung im Anschluss an Goffman, Foucault und Bourdieu. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 36*(4): 89–106. https://doi.org/10.1007/s11614-011-0005-3.

Waldschmidt, Anne. 2014. Macht der Differenz: Perspektiven der Disability Studies auf Diversität, Intersektionalität und soziale Ungleichheit. *Soziale Probleme, 25*(2): 173–193.

Wansing, Gudrun. 2007. Behinderung: Inklusions- oder Exklusionsfolge? Zur Konstruktion paradoxer Lebensläufe in der modernen Gesellschaft. In *Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld*, Hrsg. Anne Waldschmidt und Werner Schneider, 275–297. Bielefeld: transcript.

Wharton, Amy. S. 2015. Interactive Service Work. In *The SAGE Handbook of the Sociology of Work and Employment*, Hrsg. Stephen Edgell, Heidi Gottfried und Edward Granter, 329–347. London: Sage Publications.

Williams-Whitt, Kelly, und Daphne Taras. 2010. Disability and the Performance Paradox: Can Social Capital Bridge the Divide? *British Journal of Industrial Relations, 48*(3): 534–559. https://doi.org/10.1111/j.1467-8543.2009.00738.x.

Windscheid, Eike. 2019a. Reintegrationskonflikte bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach psychischer Erkrankung. Problemfelder und Lösungsstrategien im BEM aus Sicht von Betroffenen, Kollegen und Führungskräften. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 73*(3): 261–273. https://doi.org/10.1007/s41449-019-00152-3.

Windscheid, Eike. 2019b. *Rückkehr und Reintegration nach psychischer Erkrankung. Soziale Gelingensbedingungen und Hemmnisse betrieblicher Wiedereingliederung*. Wiesbaden: Springer.

Woods, Megan, Rob Macklin, Sarah Dawkins, und Angela Martin. 2019. Mental Illness, Social Suffering and Structural Antagonism in the Labour Process. *Work, employment and society, 33*(6): 948–965. https://doi.org/10.1177/0950017019866650.

Zanoni, Patrizia. 2011. Diversity in the lean automobile factory: doing class through gender, disability and age. *Organization, 18*(1): 105–127. https://doi.org/10.1177/1350508410378216.